



La salud
es de todos

Minsalud

Ministerio de Salud y Protección Social

Informe al Congreso de
la República 2018-2019

Bogotá D.C., julio de 2019





Sector Administrativo
de Salud y
Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Informe al Congreso de
la República 2018-2019

Bogotá D.C., julio de 2019





**La salud
es de todos**

Minsalud

JUAN PABLO URIBE RESTREPO

Ministro de Salud y Protección Social

IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Andrea Elizabeth Hurtado Neira

Directora Jurídica

Luis Fernando Correa Serna

Jefe Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres

Dolly Esperanza Ovalle Carranza

Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación-TIC

Sandra Liliana Silva Cordero

Jefe Oficina de Control Interno

Olga Lucía Giraldo Vélez

Jefe Oficina de Calidad

Oscar Javier Siza Moreno

Jefe Oficina de Promoción Social

Wilson Fernando Melo Velandia

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Adriana Isabel Vivas Rosero

Asesora de comunicaciones

Ricardo Adolfo Amórtegui González

Coordinador Grupo de Comunicaciones

Paola Bernal Cortés

Coordinadora Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Plinio Alejandro Bernal Ramírez

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

Félix Régulo Nates Solano

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

Anwar Rodríguez Chehade

Director de Financiamiento Sectorial

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Aida Milena Gutiérrez Álvarez

Directora de Promoción y Prevención

Sandra Lorena Girón Vargas

Directora de Epidemiología y Demografía

Samuel García de Vargas

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Luis Gabriel Bernal Pulido

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Aurelio Enrique Mejía Mejía

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Ingrid Rosario Narváez Castro

Directora U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

SECRETARÍA GENERAL

Nohora Teresa Villabona Mujica

Subdirectora de Gestión del Talento Humano

Martha Ruby Narváez Otero

Subdirectora de Gestión de Operaciones

Margarita María Gil Garzón

Subdirectora Administrativa

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

Cristina Arango Olaya

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

William Orlando Torres Parra

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

A todos los servidores públicos y contratistas de las dependencias del MSPS y de las entidades adscritas al Sector Administrativo de Salud y Protección Social que suministraron sus aportes para la elaboración de este informe.

Créditos:

Wilson Fernando Melo V.

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Ministerio de Salud y Protección Social
(Dirección del documento)

Daniel Perea Muñoz

Contratista, Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
(Consolidación inicial del documento)

Javier Ricardo Bohórquez G.

Contratista, Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
(Elaboración de la introducción, aportes, edición inicial y revisión técnica)

Agradecimientos especiales:

Giselle Arias L.

Coordinadora Grupo de Planeación, MSPS
Servidores públicos del Grupo de Planeación, MSPS
(Revisión inicial de los insumos aportados por las dependencias y entidades adscritas)

Leydi Prías G.

Coordinadora Grupo de Desarrollo Organizacional, MSPS
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 distintos contenidos para la elaboración del presente informe

Maritza Silva V.

Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, MSPS
(aportes sobre los Objetivos Transformacionales y Compromisos de la Unidad de Cumplimiento)

Diana Maritza González P.

Contratista Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, MSPS
(aportes sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Acuerdos de Paz)

Grupo de Comunicaciones, MSPS

(revisión de estilo y diagramación)

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	10
2	INDICADORES GENERALES DEL SISTEMA, SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	12
	2.1 Resultados e indicadores generales del sistema de salud	13
	2.2 Avances y resultados del Plan Decenal de Salud Pública	18
	2.3 Vacunación: Programa Ampliado de Inmunizaciones–PAI	20
	2.4 Acciones ante el fenómeno migratorio desde Venezuela	21
	2.5 Enfermedades transmisibles, reemergentes y desatendidas	24
	2.6 Salud Sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos	29
	2.7 Salud Mental y Política de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas–SPA	31
	2.8 Enfermedades no Trasmisibles (ENT)	34
	2.9 Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas	36
	2.10 Prevención y Atención de la Incidentalidad Vial	38
	2.11 Salud Ambiental	39
	2.12 Estudios y Encuestas de salud: Estudio Nacional de Equidad en Salud Ambiental, Encuesta Nacional de Salud en Escolares y Tabaquismo en Jóvenes	40
	2.13 Vigilancia en salud pública y Red Nacional de Laboratorios–RELAB	41
	2.14 Fortalecimiento de la aplicación del reglamento sanitario internacional, Centro Nacional de Enlace–CNE y sanidad portuaria	45
3	ASEGURAMIENTO, AJUSTES E INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL SISTEMA Y LA SOSTENIBILIDAD	48
	3.1 Aseguramiento y cobertura del sistema de salud	49
	3.2 Avances en el Sistema de Afiliación Transaccional–SAT	51
	3.3 Riesgos Laborales	51
	3.4 Pensiones	54

3.5	Ampliación del plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación-UPC	54
3.6	Mecanismos de protección y actualización de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)	57
3.7	Avances en la gestión de UPC por calidad	59
3.8	Mi Prescripción-MIPRES para servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC	60
3.9	Resultados del mecanismo de exclusiones	61
3.10	Aspectos financieros y sostenibilidad del Sistema	62
3.11	Acuerdo de Punto Final para enfrentar las deudas acumuladas en el Sistema	65
3.12	Avances en la Política Farmacéutica	67

4 CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR 74

4.1	Modelo de acción Integral Territorial-MAITE	75
4.2	Programa de Acción Inmediata en Hospitales “Al Hospital”	77
4.3	Infraestructura y dotación en salud	78
4.4	Prevención y atención de emergencias y desastres	80
4.5	Sistema Único de Acreditación-SUA	84
4.6	Sistema Único de Habilitación	84
4.7	Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud pública	86
4.8	Telesalud y Telemedicina	89
4.9	Gestión para el desarrollo del talento humano en salud	89
4.10	Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud	95

5 RESULTADOS DE GESTIÓN DEL MINISTERIO 100

5.1	Nueva plataforma estratégica en armonía con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo	101
5.2	Objetivos transformacionales, de cumplimiento y prioridades estratégicas ..	103

5.3	Sistema Integrado de Gestión, certificaciones en calidad y avances en el Modelo Integral de Planeación y Gestión (MIPG)	104
5.4	Transparencia y lucha contra la corrupción	108
5.5	Fenecimiento de la cuenta fiscal por la CGR	110
5.6	Control Interno	111
5.7	Estudios, evaluación de políticas públicas en salud y gestión del conocimiento	115
5.8	Resultados de la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible–ODS en el sector	120
5.9	Promoción Social	123
5.10	Respuesta del sector salud en la implementación del Acuerdo de Paz	133
5.11	Cooperación y Relaciones Internacionales	140
5.12	Sistema Integrado de Información para la Protección Social–SISPRO	144
5.13	Gestión Financiera y ejecución presupuestal	147
5.14	Gestión Administrativa, contractual y de operaciones	148
5.15	Gestión del Talento Humano: Programa Entorno Laboral Saludable	150
5.16	Comunicaciones Institucionales	152

6

RESULTADOS DE GESTIÓN DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR 154

6.1	Entidad Administrativa de los Recursos de Salud-ADRES	155
6.2	Superintendencia Nacional de Salud	160
6.3	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA	172
6.4	Instituto Nacional de Salud-INS	179
6.5	Instituto Nacional de Cancerología-INC	198
6.6	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta-CDFLLA	204
6.7	Sanatorio de Agua de Dios	210
6.8	Sanatorio de Contratación	216
6.9	Fondo de Previsión Social del Congreso de la Republica-FONPRECON	221
6.10	Fondo de Pasivo Social (F.P.S) de Ferrocarriles Nacionales de Colombia-FONFERROCARRILES	227



1. Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS de Colombia cuenta con cobertura universal de afiliación, notables avances en protección financiera en beneficio de los hogares más vulnerables, solidaridad, igualdad y acceso a un amplio plan de beneficios. A su vez, estos avances han redundado en un mejor estado de salud de la población y una reducción de la pobreza. La mayoría de los indicadores claves en salud, como la esperanza de vida, la mortalidad en niños y en maternas, han mejorado en los últimos años. El país se destaca en la región por su bajo gasto de bolsillo en salud. Colombia es igualmente reconocida en el mundo por su programa gratuito de vacunación, la vigilancia en salud pública, la respuesta ante la aparición de enfermedades transmisibles, las acciones solidarias ante fenómenos migratorios, la política farmacéutica nacional, entre otros.

A pesar de los logros del SGSSS, este aún presenta desequilibrios y el reto de generar mayor equidad, teniendo como centro a las personas y al paciente. Por ello, los esfuerzos del sector se concentran en alcanzar la **triple meta**: mejorar el estado de salud de las comunidades; garantizar una experiencia de salud digna y respetuosa; y, hacerlo con eficiencia y responsabilidad financiera. Con este nuevo marco estratégico, el sector ha promovido acciones y cambios bajo cinco ejes orientadores: visión de largo plazo, calidad, salud pública, talento humano en salud y sostenibilidad.

Así, para continuar transformando el sistema de salud, que las personas tengan más y mejores servicios, cerrar brechas y llegar a los más vulnerables, se han propuesto acciones estratégicas en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad” (hoy Ley 1955 de 2019) como el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el Programa de Acción Integral en Hospitales (AI Hospital), el Acuerdo de Punto Final para sanear deudas acumuladas e inyectar liquidez, nuevos mecanismos de priorización y control del gasto, la implementación de subsidios parciales en el aseguramiento, más incentivos para la calidad, la depuración de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la interoperabilidad de la historia clínica, entre otros ajustes e innovaciones.

Dicho este contexto y con el propósito de 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 Ministerio de Salud y Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República el informe correspondiente al sector que encabeza y que expone los principales resultados de la gestión realizada durante el último año, con énfasis en lo transcurrido desde agosto de 2018.

Este documento se divide en siete capítulos, el primero de los cuales es esta introducción. Así mismo, el informe se encuentra organizado bajo los siguientes grandes temas: indicadores generales del sistema, salud pública y políticas de promoción y prevención; ajustes e intervenciones para mejorar el sistema y su sostenibilidad; calidad en la prestación de los servicios, infraestructura y dotación en salud y desarrollo del talento humano del sector; otros resultados de gestión del Ministerio; y, gestión de las entidades adscritas al sector administrativo de salud y protección social.



2. Indicadores generales del sistema, salud pública y políticas de promoción y prevención



2.1 Resultados e indicadores generales del sistema de salud



El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia ha consolidado importantes avances sociales en aspectos como universalidad, solidaridad¹ y eficiencia². Los avances en protección financiera, especialmente en beneficio de los hogares más vulnerables, han sido notables. La cobertura universal es prácticamente un objetivo cumplido: el 94,7% de la población (47,4 millones de habitantes) se encuentra asegurada en salud³. El aumento en la cobertura en salud es uno de los logros más importantes de cualquier programa social en Colombia. Tanto así que el sector salud contribuyó a la reducción de la pobreza multidimensional en Colombia entre 2010 y 2018. De los 10,8 puntos porcentuales de disminución, 2,1 son atribuibles a la mejora en el acceso a servicios de salud y al creciente aseguramiento financiero en salud de la población.

Estos avances a su vez redundan en un mayor bienestar y un mejor estado de salud de la población. La Encuesta de Calidad de Vida (ECV) publicada por el DANE indaga, entre otros temas, sobre el bienestar de las personas de 15 años y la satisfacción con su vida. Entre los resultados para 2018 se destaca que el aspecto de la vida mejor calificado fue 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.

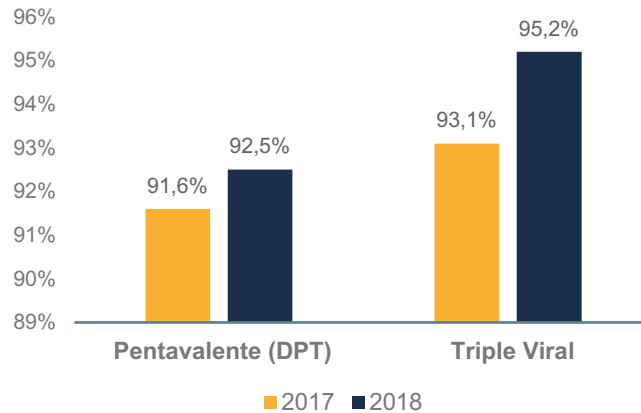
La mayoría de los indicadores trazadores de salud del país han mejorado sistemáticamente en los últimos años. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del DANE, así como distintas encuestas en salud (ENDS⁴, ENSIN⁵) evidencian, por ejemplo, la disminución de la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la desnutrición crónica y mortalidades por enfermedades como EDA⁶ e IRA⁷ en menores de 5 años

Por su parte, el esquema de vacunación colombiano es el más completo de la región de América y el Caribe. Este esquema comprende 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades y se perseveró (a pesar de las dificultades fiscales) en las inversiones⁸ que se

- 1 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.
- 2 Con una inversión relativamente baja (medida en términos del PIB) y con un gasto de bolsillo de apenas 16%, uno de los más bajos de la región de América Latina (el segundo después de Uruguay, con 13,8% y muy inferior al de países como Brasil, 31,4% o Chile, 33%), el sistema presenta logros sustanciales en salud pública, como se expone en el presente informe.
- 3 En aseguramiento en salud, para el mes de mayo de 2019, se registra un 94,9% de cobertura que corresponde a 47.549.646 personas afiliadas a salud, de las cuales 22.555.403 corresponden al régimen contributivo y 22.839.581 al régimen subsidiado. En el régimen de excepción se encontraban 2.154.662 personas. Esta cobertura tiene como referente una población proyectada de 50.058.159 habitantes en Colombia. Se incluye en el régimen de excepción a las personas que se encuentran privadas de la libertad en condición de intramural a cargo del INPEC.
- 4 Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
- 5 Encuesta Nacional de Situación Nutricional.
- 6 Enfermedad Diarreica Aguda
- 7 Infección Respiratoria Aguda
- 8 En 2018 se invirtieron \$340 mil millones en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para garantizar la compra de todas las vacunas; en 2019 la inversión subió a \$385 mil millones.

requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, a través de la vacunación gratuita y con efectividad demostrada. Al cierre de diciembre de 2018 se logró un registro histórico de 95,2% en cobertura de la triple viral⁹, protegiendo a 690 mil niños de un (1) año y se logró una cobertura de 92,5% en la en la tercera dosis de pentavalente¹⁰; también sobresaliente desde una perspectiva histórica.

Ilustración 1. Coberturas de vacunación



Fuente: Minsalud. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo PAI

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en un 18%, evitando la muerte de 4.412 niños y niñas menores de un año. No obstante, la mortalidad infantil se concentra en el área rural dispersa (Amazonas, Vaupés, Guainía, Chocó, Vichada, Guaviare y La Guajira).

A continuación, se presentan otras estrategias desplegadas en el periodo que soportan los resultados alcanzados:

- Consolidación y reglamentación de 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 Materno Perinatal a través de la Resolución 3280 de 2018, que adopta estos lineamientos como de obligatorio cumplimiento por parte de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS.
- Desarrollo de capacidades para la gestión de la Resolución 3280 de 2018 a 80 funcionarios de las 1.005 entidades territoriales en salud y 50 Empresas Administradoras de Planes de Beneficio–EAPB y acompañamiento territorial en Cauca, Santander, Antioquia, Vaupés, Chocó, Vichada y Norte de Santander.
- Entrenamiento en Escala Abreviada del Desarrollo-3 para identificar riesgos en el desarrollo de los niños al equipo técnico de la Secretaría de Salud de Bogotá, EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud–IPS.
- Gestión y seguimiento a las barreras de atención en salud de los y las niñas,

⁹ Vacuna contra la Rubeola, Sarampión y Parotiditis (paperas).

¹⁰ Vacuna contra la Difteria, Bordetella-Pertusis (agente responsable de la tos ferina) y Tétanos.

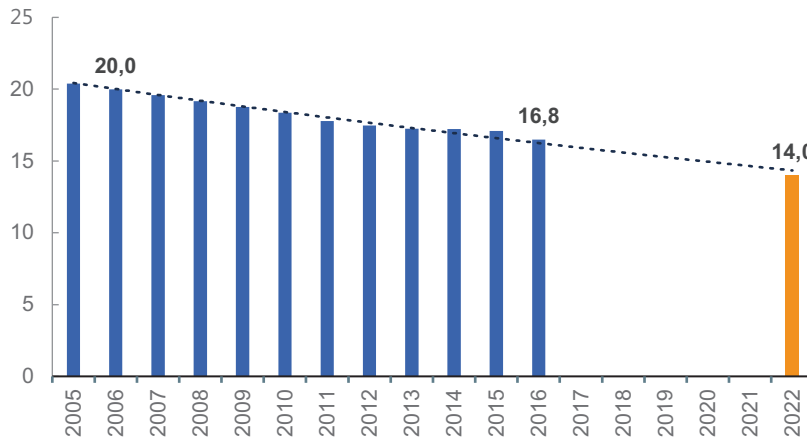
adolescentes y jóvenes que se encuentran en medida de protección del ICBF. Dentro de los procesos de protección, se encuentra el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

- En el centro de reclusión “El Buen Pastor” en coordinación con ICBF, INPEC, USPEC y el Fiduconsorcio, se ha logrado el 100% de mujeres lactantes; funcionarias del INPEC cuentan con una sala diferenciada para la extracción y conservación de la leche materna; realización del control prenatal y el 100% de los niños tiene valoración del desarrollo, reciben micronutrientes en polvo (ICBF) y tienen esquema de vacunación completo para la edad.



A pesar de estos logros, entre las metas del presente gobierno está mantener el buen nivel de coberturas en vacunación, así como reducir en el cuatrienio, aún más, la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, de 16,8 a 14 (por cada mil nacidos vivos).

Ilustración 2. Tasa de mortalidad infantil ajustada (x 1.000 nacidos vivos)



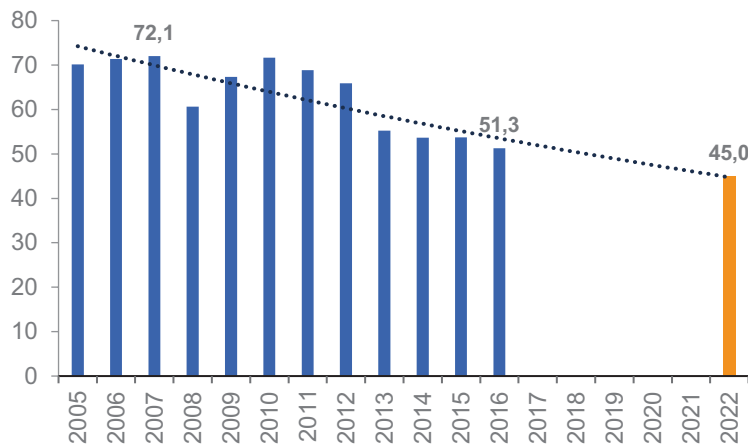
Fuente: MSPS con base en DANE, Estadísticas Vitales (EE.VV.) y Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

Nota: La mortalidad infantil se mide como una tasa ajustada (estimaciones mediante técnicas demográficas)

Entre otras metas contempladas en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, se encuentran las siguientes:

- Reducir en el cuatrienio, aún más, la razón de mortalidad materna a 42 días de 51,3 a 45 (por cada 100.000 nacidos vivos).

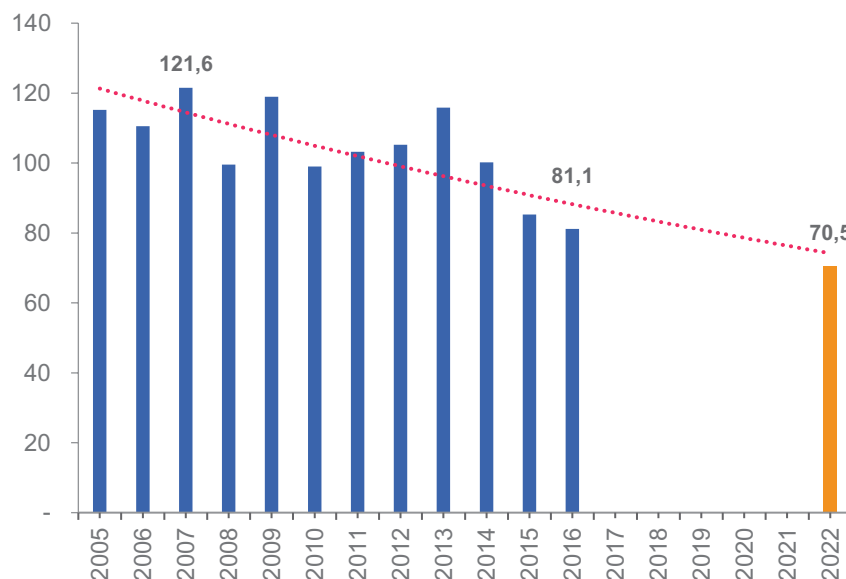
Ilustración 3. Mortalidad materna



Fuente: MSPS con base en SISPRO-cubo indicadores y Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022

- Reducir en el cuatrienio, aún más, la Razón de Mortalidad Materna a 42 días en zona rural dispersa, de 81,1 a 70,5 (por cada 100.000 nacidos vivos).

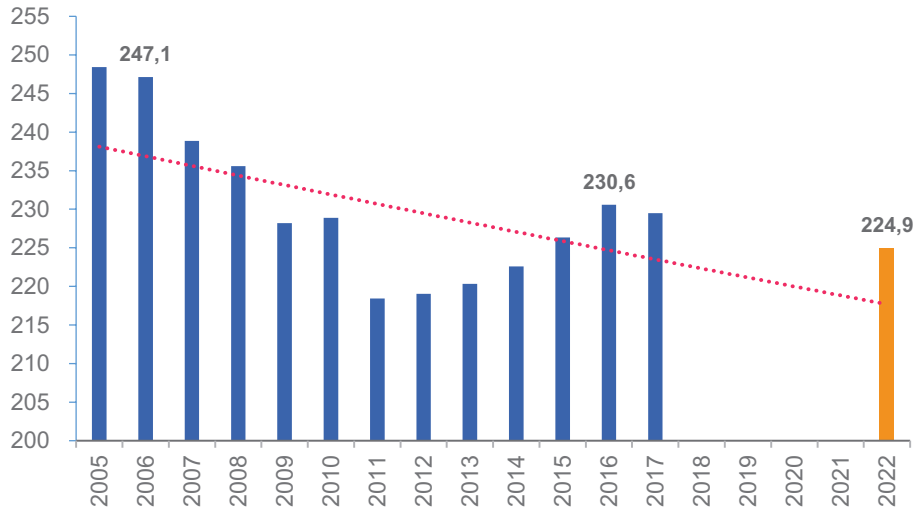
Ilustración 4. Mortalidad materna en zona rural dispersa



Fuente: MSPS con base en SISPRO-Cubo indicadores y Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

- Reducir en el cuatrienio la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 años de 230,6 a 224,9 (por cada 100.000 personas entre 30 y 70 años).

Ilustración 5. Mortalidad prematura por enfermedad crónica en población 30-70 años

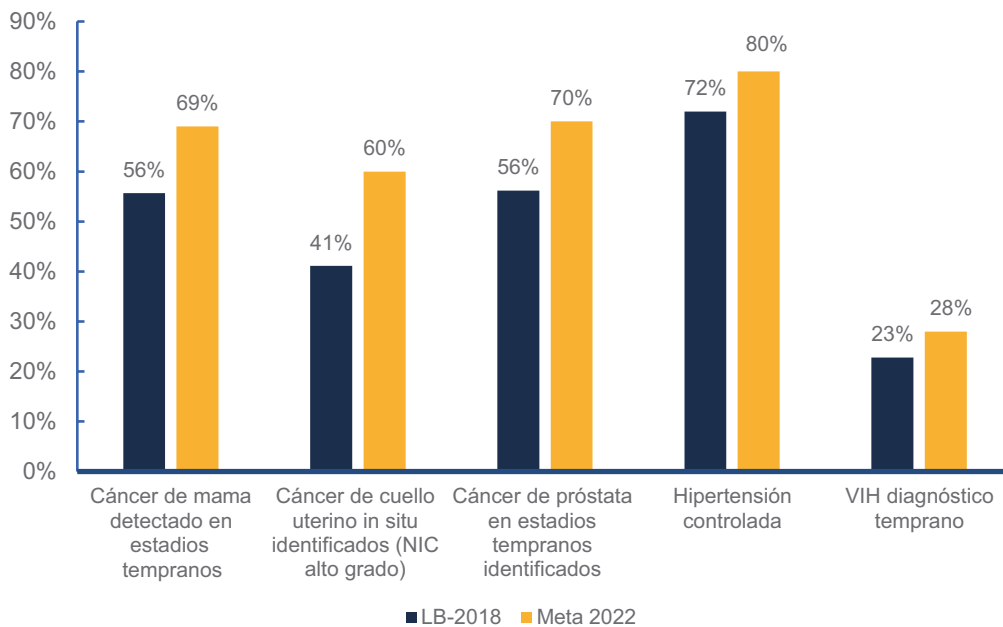


Fuente: MSPS con base en Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

A 2022, también se esperan aumentos en:

- Control de pacientes hipertensos TA <(140/90mmHg).
- Detección en estadios tempranos de cáncer de mama (hasta IIA).
- Identificación in situ de cáncer de cuello uterino (NIC alto grado).
- Identificación en estadios tempranos de cáncer de próstata (0, I y II).
- Diagnóstico temprano de VIH (CD4 mayor de 500)

Ilustración 6. Metas en detección temprana de cáncer (mama, cuello uterino y próstata), VIH e hipertensión



Fuente: MSPS con base en Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.
LB: Corresponde a la línea de base a 2018

2.2 Avances y resultados del Plan Decenal de Salud Pública



El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 es una apuesta política para alcanzar la equidad en salud de todas las personas independientemente de sus condiciones sociales, culturales, económicas y lo desarrolla a través de tres objetivos: 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 tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El PDSP es también una carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con las estrategias tanto colectivas como individuales que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

EL PDSP es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, los comportamientos, los servicios de salud, la participación social para ser adaptado de acuerdo a su problemática, junto con la gestión para su ejecución e implementación por parte del gobierno central, los gobiernos departamentales, distritales y locales, según su competencia.

El plan parte de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona y es dinámico, dado que se debe reorientar permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994).

El sustento normativo del plan se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de Colombia de 1991, que define “Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativo y pluralista, fundado en el respeto de la dignidad humana, y solidario con las personas” (Congreso de la República de Colombia, 1991).

De acuerdo con el mandato establecido en los artículos 4, 6 y 7 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4107 de 2011, la Resolución 4110 de 2012 y las normas vigentes que sustentan la operación de la salud pública en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como órgano rector del sector salud, asume la labor de formulación e implementación del Plan de Salud Pública para el decenio 2012-2021 y define una ruta de trabajo que inició con la fases de aprestamiento y posteriormente con la definición técnica, consulta, formulación, validación, reglamentación, divulgación, implementación y monitoreo y evaluación.

El PDSP se concreta a nivel territorial a través de la formulación y ejecución del plan territorial de salud. Como avances y resultados se tiene lo siguiente:

- Elaboración de Informe de gestión de implementación de PDSP, que se ubica en el siguiente link. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/informe-gestion-plan-decenal-salud-publica-2018.pdf>
- Documento de análisis de situación en salud como insumo para la planeación nacional y territorial que permite el cumplimiento del PDSP.
- Desarrollo del curso virtual de análisis de situación de salud, como herramienta para la cualificación de capacidades de análisis en los territorios, como insumo para la implementación y seguimiento del PDSP.
- Asistencia técnica a territorios y a nivel institucional, para el monitoreo y seguimiento del PDSP.
- Se adelantó la caracterización de la población afiliada a las EAPB¹¹ para la identificación de prioridades de atención a nivel nacional y territorial en el desarrollo transversal a las dimensiones del PDSP.
- Se obtuvieron los insumos para el capítulo indígena, Rrom y víctimas del PDSP, con la participación de aproximadamente 1.200 participantes de los pueblos y comunidades indígenas del país, entre ellos autoridades ancestrales y tradicionales, parteras y líderes y comunidad en general, en el marco de los encuentros con las macro regionales de la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC: Norte, Oriente, Occidente, Orinoquía, Amazonía y Pueblo Wayú.
- Con respecto a la población Rrom, se obtuvieron los insumos para el capítulo étnico donde participaron la totalidad de las diez Kumpanias y la Mesa Nacional de Diálogo.
- Con relación al capítulo de víctimas del Plan Decenal de Salud Pública se contó con la participación de 1.054 líderes y lideresas víctimas del conflicto armado, mediante los encuentros en los 30 departamentos y con la participación de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas.
- Se obtuvo la concertación de la ruta metodológica para la construcción del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública con comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.
- Se adelantó la sexta (6º) Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP, para abordar la Salud Mental en el marco de la Política Pública.
- Se logró la incorporación en la agenda intersectorial de las siguientes prioridades: 1) calidad de aire y agua; 2) salud mental; 3) la seguridad vial saludable, segura y sostenible; 4) Estrategia Colombia Vive Saludable; y, 5) sarampión.

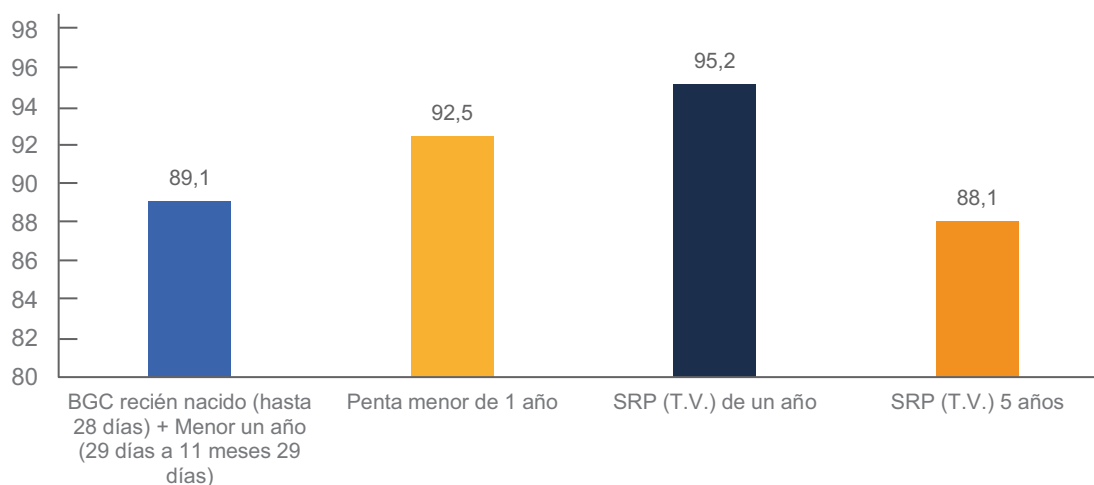
¹¹ Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

2.3 Vacunación: Programa Ampliado de Inmunizaciones–PAI



En 2018, se logró superar la cobertura del 95% en el país con la vacuna triple viral al año de edad, protegiéndose 692.174 niños de un año de edad. En los trazadores BCG y Pentavalente (terceras dosis) en niñas y niños menores de un año, la cobertura alcanzada fue 89,1% y 92,5% respectivamente; por otra parte, se alcanzó el 88,1% para la triple viral, refuerzo de los 5 años de edad.

Ilustración 7. Coberturas de vacunación nacional. Programa PAI. Biológicos trazadores. Diciembre 2018



Fuente: Minsalud. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo PAI

A continuación, se describen las acciones adelantadas para los resultados citados:

- Certificación de 3.293 vacunadores y profesionales de 23 departamentos en la competencia de administración de inmunobiológicos durante 2018.
- En 2018 se realizó una inversión de 340 mil millones de pesos en el PAI para garantizar la compra de todas las vacunas y la gestión desde el nivel nacional, incrementándose este presupuesto a 385 mil millones de pesos para la vigencia 2019.
- Transición de la segunda dosis oral de vacuna contra la poliomielitis hacia la vacuna inactivada inyectable, acorde al Plan Mundial de Erradicación de la Polio de la OMS e introducción de la segunda dosis de polio inactivado en el esquema nacional de vacunación
- Inversión de 500 millones de pesos en compra de 22 refrigeradores combinados solares para fortalecer la red de frío de las zonas rurales dispersas del país; además de la gestión de una donación de 37 refrigeradores solares con el proyecto Solar Shill, los cuales fueron enviados a regiones que no cuentan con energía eléctrica.
- Se fortalecieron las medidas de vacunación y vigilancia epidemiológica para dar una adecuada respuesta ante los brotes de sarampión presentados en el país,

relacionados con la importación de casos desde el vecino país de Venezuela, cerrando el 2018 con solo 209 casos de sarampión en el país.

- Se realizó la introducción de la dosis cero de vacuna contra el sarampión para niños entre los 6 y 11 meses de edad en algunos departamentos y municipios priorizados del país.
- Se ajustó el esquema de vacunación con VPH pasando de tres dosis a dos dosis en grupos de edad de 9 a 14 años, trabajado de forma articulada con del Comité Nacional de Apoyo a las Prácticas de Inmunización –CNPI.
- Se ajustó el esquema de vacunación con vacuna antirrábica humana pasando de tres a dos dosis para esquema pre-exposición, y de cinco a cuatro dosis para esquema pos exposición, trabajado de forma articulada con el CNPI.
- Se garantizó puntos de vacunación en todos los sitios oficiales de frontera con Venezuela en los departamentos de La Guajira, Norte de Santander y Arauca, con el apoyo de la cooperación internacional de la OPS y UNICEF. Adicionalmente, se fortaleció la vacunación en la frontera con Ecuador en Rumichaca para la población migrante.
- Durante el 2018 se aplicaron 683 mil dosis de vacunas a población migrante venezolana, con una inversión cercana a los 10 mil millones de pesos y en el 2019 (enero a abril) se aplicaron 272.088 dosis con una inversión de \$ 3.923.758.010 en 2019.
- Conjuntamente con el ICBF y con el apoyo de las EPS, la Sociedad Colombiana de Pediatría y World Vision, se desplegó la Operación Guajira, en la que –en una semana– se atendieron integralmente a 19.103 personas de 5.427 familias y se vacunaron a 3.836 niños y adultos del departamento. Lo anterior implicó que el departamento para el año 2018 alcanzara coberturas por encima del 97% en menores de un año con BCG y al año de edad con triple viral siendo la mayoría de población indígena.

2.4 Acciones ante el fenómeno migratorio desde Venezuela



De acuerdo con los datos de Migración Colombia, el país cuenta con aproximadamente 1,3 millones de venezolanos residiendo en su territorio¹² y se calcula que, en los últimos dos años, la migración venezolana ha aumentado 6 veces con respecto a las cifras reportadas en mayo de 2017. A esta cifra debe añadirse lo correspondiente a los colombianos retornados que se estiman en más de 500 mil más los migrantes tipo tránsito (pasaron de 190 mil en 2016 a 436 mil en 2017, 979 mil en 2018 y 197 mil al 8 de abril de 2019) y los migrantes pendulares que al mismo corte de abril suman 3,173 millones identificados con Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF). Colombia es el país del mundo que más venezolanos alberga actualmente y se constituye el segundo país con mayor cantidad de migrantes en el mundo, después de Siria. Dado el alto flujo de personas en un corto período de tiempo y las características de alta vulnerabilidad de la población que migra, esta migración comparte características con crisis de refugiados en otros lugares del mundo.

¹² Fuente: Migración Colombia. Infografía del 31 de marzo de 2019.

Durante el periodo de agosto de 2018 y mayo de 2019 se realizaron los informes mensuales de seguimiento de la situación en salud de la población migrante, realizando un total de 10 informes. El objetivo del informe, es conocer el comportamiento de los registros de personas extranjeras atendidas en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) expidió las Circulares 012 y 029 de 2017. En estas se solicita a las IPS el envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud (RIPS) al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), durante los 15 días calendario del mes siguiente al corte del mes inmediatamente anterior. La información incluida contiene el reporte de la población atendida procedente de Venezuela.

De acuerdo al último informe, se encuentra que entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de marzo de 2019 se reportaron al Ministerio de Salud y Protección Social un total de 2.164.516 atenciones en salud¹³ realizadas a un total de 273.444 personas procedentes de Venezuela; de las atenciones reportadas 232.411 (10,6%) corresponden a consulta externa, 230.394 (10,7%) se realizaron en consulta de urgencias, 73.646 (3,4%) en urgencias, 53.860 (2,5%) en hospitalización y 1.574.205 (72,7%) corresponden a procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. En el periodo de 2017 a marzo de 2019 se reportaron 6.147 nacimientos de mujeres con residencia en Venezuela o con residencia menor a 6 meses en Colombia, según el reporte realizado a través del módulo de nacimientos del Registro Único de Afiliados – RUAF¹⁴.

De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el cual realiza el proceso de detección, notificación y análisis de los eventos de interés en salud pública, que permitiendo visibilizar la situación epidemiológica del fenómeno migratorio, se encuentra que a nivel nacional se observa un incremento en el número de casos notificados procedentes del exterior: 2.114 casos en el 2019, 1.227 casos en el 2018 y 498 casos en el 2017, a semana epidemiológica 12 con corte a 23 de marzo de 2019, en comparación con el comportamiento a la misma semana de 2018 y 2017.

En el mismo periodo, los eventos de interés en salud pública que más se presentan en población procedente de Venezuela son malaria con incremento de 71 casos frente a 2018 y 302 casos frente a 2017, sífilis gestacional con incremento de 147 casos frente a 2018 y 172 casos frente a 2017, VIH/Sida/Mortalidad por sida con incremento de 106 casos frente a 2018 y 131 casos frente a 2017, vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar con disminución de 21 casos frente a 2018 e incremento de 92 casos frente a 2017 y el evento de morbilidad materna extrema con incremento de 92 casos frente a 2018 y 118 casos frente a 2017.

13 Las atenciones en salud comprenden: consultas, urgencias, hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y procedimientos no quirúrgicos. Este ajuste metodológico explica el cambio en la estadística de atenciones a partir del mes de febrero de 2019.

14 A partir del informe de agosto del 2018 la fuente para el reporte de nacimientos será la fuente oficial correspondiente al módulo de nacimientos del Registro Único de Afiliados–RUAF administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 1. Eventos de interés en salud pública procedentes de Venezuela, a semana epidemiológica 12 de 2017-2019

Eventos de interés en salud pública	2017*		2018**		2019**	
	n	%	n	%	n	%
Malaria	235	58,6	466	42,0	537	26,6
Sífilis gestacional	6	1,5	31	2,8	178	8,8
VIH/sida/mortalidad por sida	9	2,2	34	3,1	140	6,9
Vigilancia en SP de la violencia de género e intrafamiliar	46	11,5	159	14,3	138	6,8
Morbilidad materna extrema	7	1,7	33	3,0	125	6,2
Dengue	3	0,7	15	1,4	123	6,1
Desnutrición aguda en menores de 5 años	6	1,5	41	3,7	123	6,1
Bajo peso al nacer	7	1,7	29	2,6	105	5,2
Tuberculosis	9	2,2	40	3,6	77	3,8
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	3	0,7	37	3,3	63	3,1
Hepatitis a	4	1,0	11	1,0	47	2,3
Sífilis congénita	5	1,2	11	1,0	46	2,3
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	8	2,0	3	0,3	41	2,0
Sarampión	0	0,0	4	0,4	28	1,4
Varicela individual	9	2,2	19	1,7	28	1,4
Intoxicaciones	4	1,0	8	0,7	22	1,1
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	1	0,2	6	0,5	21	1,0
Defectos congénitos	8	2,0	20	1,8	19	0,9
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta	1	0,2	0	0,0	18	0,9
Vigilancia integrada de muertes en <5 años por IRA, EDA y/o DNT	0	0,0	4	0,4	18	0,9
Accidente ofídico	1	0,2	5	0,5	13	0,6
Intento de suicidio	3	0,7	7	0,6	12	0,6
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	0	0,0	3	0,3	11	0,5
Mortalidad por desnutrición	1	0,2	7	0,6	11	0,5
Cáncer de la mama y cuello uterino	3	0,7	8	0,7	10	0,5
Tos ferina	1	0,2	7	0,6	10	0,5
Leishmaniasis cutánea	10	2,5	22	2,0	8	0,4
Mortalidad materna	2	0,5	3	0,3	8	0,4
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirurgo	0	0,0	0	0,0	7	0,3
Parotiditis	1	0,2	3	0,3	7	0,3
Mortalidad por IRA	1	0,2	3	0,3	6	0,3
Leptospirosis	1	0,2	1	0,1	5	0,2
Mortalidad por EDA 0-4 años	0	0,0	0	0,0	4	0,2
Cáncer en menores de 18 años	1	0,2	6	0,5	3	0,1
Lepra	2	0,5	0	0,0	3	0,1

Eventos de interés en salud pública	2017*		2018**		2019**	
	n	%	n	%	n	%
Enfermedades huérfanas - raras	0	0,0	1	0,1	2	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea		0,0		0,0	1	0,0
IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	2	0,5	1	0,1	1	0,0
Tétanos neonatal	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Zika	0	0,0	2	0,2	1	0,0
Chagas	1	0,2	2	0,2	0	0,0
Dengue grave	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Difteria	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Lesiones de causa externa	0	0,0	18	1,6	0	0,0
Mortalidad por dengue	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Vigilancia integrada de rabia humana	0	0,0	37	3,3	0	0,0
Total general	401	100	1.110	100	2.022	100

Fuente: INS – Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública –SIVIGILA

* Información 2017: bases finalizadas – SIVIGILA

** Información 2018 y 2019: bases preliminares en proceso de ajuste

Durante el periodo de agosto de 2018 a febrero de 2019 se realizaron 64 fichas departamentales que fueron insumos para los Talleres Construyendo País, donde el objetivo es contar con la información departamental y municipal, que de una aproximación del impacto que ha tenido el fenómeno migratorio en cada entidad territorial.

Durante el periodo de agosto de 2018 a mayo de 2019 se han realizado un total de 19 info-grafías, que da cuenta del seguimiento al fenómeno migratorio en los temas de salud.

2.5 Enfermedades transmisibles, reemergentes y desatendidas



2.5.1 Mortalidad por IRA y EDA

Según el PDSP, la meta a 2021 consiste en lograr la reducción progresiva de la mortalidad por IRA (incluida neumonía) buscando llegar a una mortalidad por neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de 5 años.

Tabla 2. Casos y tasa de mortalidad por IRA (x100.000 menores de 5 años), 2009-2018

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ^P
Casos	655	564	546	552	495	537	569	600	571	555
Tasa	19,1	16,5	15,9	16,1	14,4	12,5	13,1	13,8	12,2	12,2

Fuente: Minsalud, Cubos SISPRO (datos DANE mortalidad).

Información preliminar 2018 tomada del informe INS SIVIGILA PE XII de 2018

Durante los últimos años, las tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años disminuyeron un 65,7%, lo cual equivale a una reducción de 24 muertes menos por cada 100.000 menores de cinco años.

En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso entre 1998 y 2016; las tasas disminuyeron en un 90% pasando de 33,8 a 3,5 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. A continuación, se muestra el comportamiento nacional de los últimos 10 años:

**Tabla 3. Casos y tasa de mortalidad por EDA
(x100.000 menores de 5 años) Colombia, 2009-2018**

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ^P
Casos	251	180	128	121	117	134	142	150	144	139
Tasa	7,3	5,3	3,7	3,5	3,4	3,1	3,5	3,5	3,0	3,0

Fuente: Minsalud, Cubos SISPRO (Datos DANE mortalidad)

P: Información preliminar 2018 tomada del informe INS SIVIGILA PE XII de 2018

Atendiendo el comportamiento de estos indicadores, las acciones adelantadas por el Ministerio fueron:

- Se realizó prueba piloto en 25 municipios de las Unidades de Atención Integral Comunitaria UAIC a partir del proyecto “Salud para la paz” para IRA y EDA en menores de 5 años.
- Se realizó prueba piloto en 9 municipios, en coordinación con el DPS¹⁵, sobre generación de capacidades para prevención, manejo y control de la IRA y la EDA, a líderes comunitarios de los programas “Más familias en acción” y “Proyectos de vivienda gratuita” (Barranquilla, Malambo, Manaure, Valledupar, Cartagena, Istmina, Buenaventura, Villa del Rosario-Norte de Santander y Mitú).
- Se elaboró y socializó a nivel nacional la Circular 031 para la intensificación de acciones de prevención, manejo y control de la IRA.
- Generación de capacidades en guías de práctica clínica de IRA en 4 Hospitales en el marco de la estrategia “Al Hospital” (Buenaventura, Leticia, San Andrés y Tumaco)
- Dotación al 100% de las entidades territoriales del país con medicamentos para el tratamiento de la Influenza Grave (IRAG e IRAG inusitado); en total se distribuyeron 5.000 tratamientos de Oseltamivir, para su uso en los casos particulares definidos por la nación, en el marco de los lineamientos del Programa de Prevención, Manejo y Control de la IRA.
- Con la cooperación de la OPS y la participación de INS, se han programado y realizado más de 10 Asistencias técnicas virtuales a igual número de DTS para hacer seguimiento y brindar orientaciones sobre implementación de las 3 estrategias (Institucional, Comunitaria, Intersectorial) del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y la EDA, realizar análisis de situación epidemiológica, revisar predicciones climáticas de cada uno de los territorios, y monitorear planes de trabajo.

¹⁵ Departamento para la Prosperidad Social.

2.5.2 VIH e ITS

Se estableció el siguiente avance de las metas 90-90-90: un 80% de cumplimiento en el acceso al diagnóstico y un 55% de las personas están vinculadas.

Lo anterior se soporta en las siguientes estrategias:

- Implementación de la estrategia de prevención combinada (educación, condones, testeo y tratamiento, acceso al diagnóstico extramural, profilaxis pre y post exposición, tratamiento como prevención).
- Seguimiento a la atención Integral, oportuna y el acceso al tratamiento de las personas con ITS, VIH, Coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C.
- Integrar la sociedad civil a los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana de la respuesta a las ITS-VIH/SIDA, Hepatitis B y C–Proyecto Fondo Mundial.
- Movilización de recursos y generación de alianzas de cooperación internacional y nacional para facilitar la sostenibilidad de la respuesta y dar atención en VIH a la población migrante venezolana.



2.5.3 Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria–IREM



Con esta iniciativa se pretende lograr la reducción de un 75% de la malaria en 8 municipios; 6 pertenecientes al Chocó (Quibdó, Atrato, Lloró, Medio Atrato, Rio Quito y Bagadó), Buenaventura (Valle del Cauca) y Tumaco (Nariño), así como la eliminación de la malaria en 4 municipios de frontera con Panamá pertenecientes al Chocó (Acandí, Juradó, Rio sucio y Unguía) desarrollando acciones desde el 2019 hasta el 2022, fecha de finalización de la Iniciativa.

Es financiada en parte por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Fondo Mundial, la Fundación Carlos Slim y administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Clinton Health Access Initiative (CHAI), el Consejo de Ministros de Centroamérica y

República Dominicana y con el Proyecto Mesoamérica. El monto total de la donación es por \$2.422.106 dólares y el país aporta una contrapartida de \$7.255.318 dólares.

A la fecha se ha firmado el pacto para esta iniciativa con los gobernadores y alcaldes de los territorios a trabajar; se tiene listo el convenio tripartito para firma por parte de la Agencia Presidencial de Cooperación, Ministerio de Salud y Protección Social y Banco Interamericano de Desarrollo; se está avanzando en toda la planeación y realizando talleres para focalizar áreas y micro planificar acciones en municipios a intervenir, se está ajustando un manual operativo del proyecto específico para Colombia, lo anterior para dar avance y garantizar la adecuada ejecución de la iniciativa con el fin de lograr las metas mencionadas.



2.5.4 Tuberculosis (TB)

La TB es considerada en Colombia una prioridad para la salud pública teniendo en cuenta que es el quinto país de la región de las Américas con mayor carga de casos. Para el abordaje de la enfermedad, el País cuenta con el Plan Estratégico “hacia el fin de la tuberculosis, 2016–2025”; dicho Plan se encuentra alineado a la estrategia mundial de la OMS “END TB” y a los ODS¹⁶. Así mismo está articulado con el Plan de Decenal de Salud Pública del País; las metas son:

- A 2025, reducir en 50% la incidencia, respecto al 2015
(Línea base: 24,7 / Meta 2020: 19,8 / Meta 2025: 12,4)

Tabla 4. Tasa de incidencia TB todas las formas (x 100.000 Hab.)

2016	2017	2018 ^a
26,0	26,7	24,9

Fuente: Minsalud, Programa Nacional de Tuberculosis (Base nominal)

Si bien, la incidencia bajó en el último año, se evidencia que es necesario continuar el fortalecimiento de las acciones de atención integral en salud en la población especialmente bajo situaciones de pobreza, desigualdad e inequidades sociales en salud para lograr captar la totalidad de los casos del país y así encaminar las acciones hacia la eliminación de la enfermedad.

- A 2025, reducir en 75% la mortalidad por tuberculosis, respecto al 2015
(Línea base: 2,04 / Meta 2020: 1,33 / Meta 2025: 0,51)

Tabla 5. Tasa de mortalidad pacientes con TB (x100.000 Hab.)

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
2,4	2,1	2,0	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2	2,0	2,2

Fuente: Minsalud, Programa Nacional de Tuberculosis (Datos DANE mortalidad)

En lo referente a mortalidad por TB, el país reporta anualmente un promedio de 1.000 muertes asociadas. El comportamiento histórico evidencia una tendencia en los últimos 10 años a la disminución de cantidad de casos fallecidos y una tasa con comportamiento estable; no obstante, es necesario continuar el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la enfermedad especialmente orientado a poblaciones con alta vulnerabilidad social y de acceso a los servicios de salud.

Acciones destacadas:

- El Ministerio de Salud y Protección Social, realizó un giro de transferencias nacionales a los Departamentos y Distritos en el año 2018 por \$7.380.313.000;
- Con estas transferencias se fortalecieron los programas territoriales en talento humano y acciones programáticas en poblaciones a riesgo para la enfermedad.

¹⁶ Objetivos de Desarrollo Sostenible (nota: en el quinto capítulo del presente informe, se amplían los ODS que atañen a salud).

Para la socialización del lineamiento de ejecución se realizó reunión nacional virtual con los coordinadores del programa de las DTS.

- El Ministerio realizó compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de casos de Tuberculosis sensible, TB farmacorresistente y TB latente (quimioprolifaxis) para el año 2018 por \$1.120.407.981.



2.5.5 Enfermedad de Hansen o lepra

El objetivo consiste en disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes.

Para el año 2018, se reportaron al Programa Nacional de Hansen un total de 375 casos, con una tasa de detección nacional de 0,7x100.000 habitantes; en relación a la discapacidad grado 2, entre casos nuevos se presentaron un total de 46 reportes, para una tasa de discapacidad grado 2 en casos nuevos de 0,9x1'000.000 de habitantes. Esto significa que el país debe incrementar los esfuerzos para la detección temprana de la Enfermedad de Hansen de manera que se tenga la oportunidad de prevenir la aparición de la discapacidad; así mismo, es necesario gestionar de manera oportuna las leproreacciones como la principal complicación que lleva a discapacidad en las personas afectadas y el abordaje integral de los casos con discapacidad grado 1 por Hansen.

También se espera reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015.

Tabla 6. Casos nuevos de lepra en población menor de 15 años Colombia, 2016-2018

2016	2017	2018
11	6	5

Fuente: Minsalud, Programa Nacional de lepra (base nominal)

Los resultados anteriores se soportaron en las siguientes acciones:

- Se realizó giro de transferencias nacionales a los Departamentos y Distritos en 2019 por \$1.770.888.000 para el fortalecimiento de los programas territoriales;
- Para la socialización del lineamiento de ejecución se realizó reunión nacional virtual con los coordinadores del programa de las DTS; y,
- Se efectuó la distribución de los recursos por Dirección Territorial de Salud.

2.6 Salud Sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos



2.6.1 Violencias de género e interpersonales

Para 2018, se atendieron 23.121 mujeres en los servicios de salud (91.71%), 6,73 puntos por encima de la meta (85%), es decir, 2.956 mujeres más. La meta del cuatrienio es alcanzar el 100% de la atención en salud de las mujeres reportadas en el registro único de violencias.

Tabla 7. Mujeres víctimas de violencias sexuales en el conflicto armado que reciben atenciones en salud.

Concepto	2015	2016	2017	2018
Número de mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado que han recibido atención en salud	9.263	15.102	20.053	23.121
Número total de mujeres incluidas en el RUV como víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado	9.797	16.105	21.686	25.206
Porcentaje de avance	94,55%	93,77%	92,47%	91,71%
Meta	82%	83,0%	84,0%	85,0%
Cumplimiento por encima de la meta	12,55%	10,77%	8,47%	6,73%

Fuente: Cubo Víctimas del Conflicto Armado (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y Registro Único de Víctimas).

Fecha corte de 24 de abril de 2019. Análisis Sistema Integrado de Información de las Violencias de Género (SIVIGE).

De acuerdo a lo anterior las estrategias desplegadas fueron:

- Capacitación en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales a 9.095 profesionales de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. Adicionalmente, 2.008 personas han realizado el curso de autoformación para el abordaje intersectorial en la atención integral a las víctimas de violencias de género, con énfasis en violencias sexuales.
- 32 departamentos, 5 distritos (Barranquilla, Bogotá, Buenaventura, Cartagena y Santa Marta) y 765 municipios cuentan con comités municipales para el abordaje integral de las violencias de género.
- Observatorio nacional de violencias de género y el sistema integrado de información de violencias de género–SIVIGE, el cual es liderado por el Ministerio de Salud en coordinación las instituciones que cuentan con sistemas de información y captura de violencias. (Medicina Legal, Justicia, Trabajo, Interior, Defensa, Consejería para la Equidad de la Mujer, ICBF, DANE y Fiscalía).



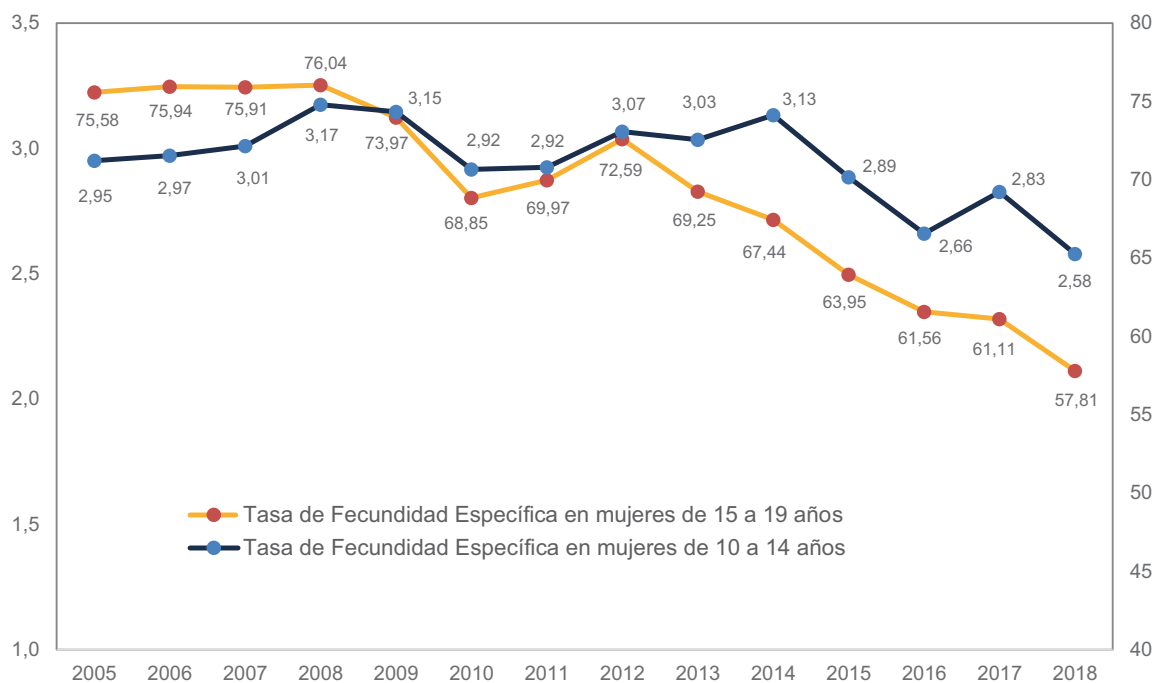
2.6.2 Salud sexual en adolescentes

La meta ODS es reducir, para el año 2022 la tasa de fecundidad en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, a menos de 56 nacimientos por cada 1000 mujeres.

Se proyecta para el cierre del 2018 que la tasa de fecundidad sea menor a 58 nacimientos por cada mil mujeres en este rango de edad; es decir una reducción de más de 7.000 nacimientos en 2018 (EE.VV. del DANE, informe preliminar).

Aunque menos representativa, también se prevé una reducción en la tasa de fecundidad en el grupo de 10 a 14 años.

Ilustración 8. Tasas de fecundidad específicas en adolescentes, 2005-2018.



Fuente: EE.VV.-DANE: SISPRO. Minsalud.

Reducir el embarazo en menores de 14 años exige aún más esfuerzos desde lo intersectorial, en especial en protección y justicia. A continuación, se describen las estrategias desplegadas:

- Desarrollo de capacidades para mejorar la atención diferenciada de los adolescentes y jóvenes con énfasis en la atención primaria al 100% de los equipos técnicos en salud de los departamentos y distritos.
- Implementación de la herramienta de estándares globales de la OMS para mejorar la calidad de los servicios de salud para los adolescentes. (pilotaje en 100 IPS del país) de Arauca, Amazonas, Antioquia, Boyacá, Barranquilla, Bucaramanga, La Guajira, Cartagena, Caldas, Valle del Cauca, Cauca, Chocó, Tumaco, Buenaventura, Caquetá, Córdoba,

Cesar, Cúcuta, Risaralda, Sucre, Magdalena, Santa Marta, Meta, Putumayo, Santander, Norte de Santander, Bogotá, Huila, Nariño, Valledupar, Vichada y Vaupés.

- En diseño intersectorial de la estrategia de atención integral para la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia con énfasis en ruralidad y de prevención del matrimonio infantil y uniones tempranas.



2.6.3 Mortalidad Materna

La RMM ha disminuido en el país de manera sostenida desde el año 2009 con una mayor pendiente entre los años 2012 y 2013 y está pendiente viene disminuyendo en los últimos años, haciendo que prácticamente, esta mortalidad no haya cambiado de manera significativa entre los años 2016 y 2017.

Esta estabilización de las cifras de mortalidad se ha definido por el comportamiento en áreas urbanas donde no ha habido disminución sustancial. En contraste, como logro se resalta la notoria disminución de la mortalidad en mujeres que residen en áreas rurales y especialmente en las áreas dispersas, disminuyendo esta brecha de equidad.

En este sentido se ha avanzado en la gestión de tres objetivos estratégicos.

1. Implementar la Ruta Materno Perinatal en el 100% de los Departamentos y distritos del País.
2. Mejorar el acceso a servicios de salud materno perinatal de calidad en las áreas rurales.
3. Fortalecer la seguridad clínica para la prevención y atención de las emergencias obstétricas en los cascos urbanos.

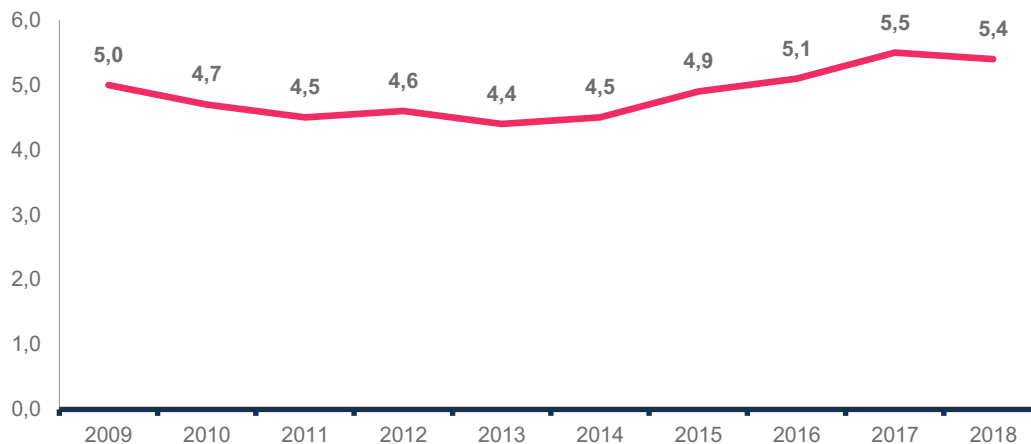
2.7 Salud Mental y Política de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA



Existe un aumento progresivo en el intento de suicidio relacionado con la optimización de la notificación en los servicios de salud. Se espera estabilización del dato en 2019. La mortalidad por suicidio, si bien ha tenido un comportamiento relativamente estable en los últimos 10 años, muestra un incremento del 22,7% desde el 2013 hasta la fecha. Los adolescentes y jóvenes son los más afectados. El departamento con mayores tasas es Vaupés.



Ilustración 9. Tasa mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes.



Fuentes: (i) Informes de evento Intento de suicidio 2016, 2017, 2018, 2019. Instituto Nacional de Salud.

Se reporta sólo la incidencia para el primer trimestre del año. (ii) Estadísticas Vitales. DANE. Los datos de 2018 son preliminares.

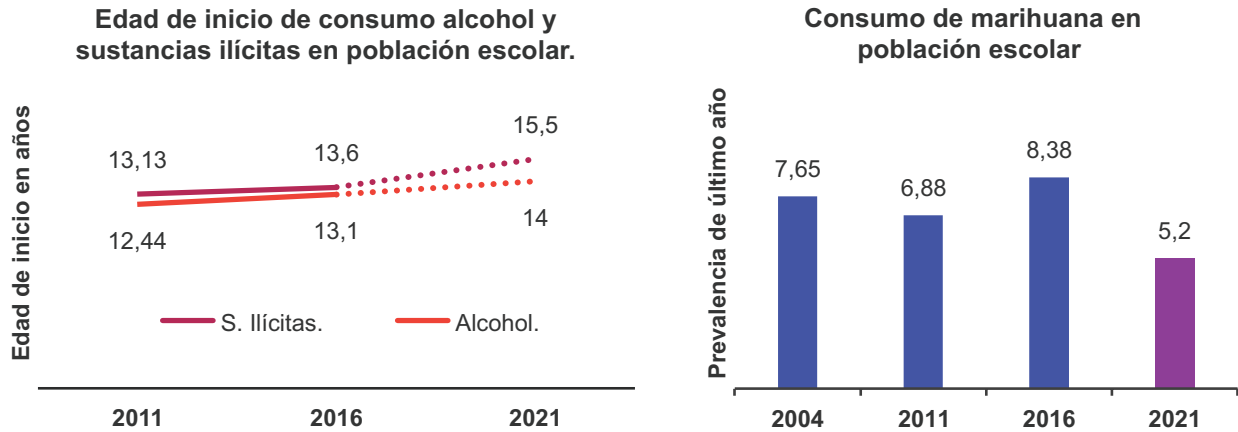
Para atender las patologías que se están presentando en salud mental, considerada la segunda causa de enfermedad en el país, se formuló y adoptó la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018). Esta política atiende al modelo de determinantes sociales de la salud contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública, que plantea el análisis de las desigualdades sociales y su incidencia en los logros en salud, incluyendo la salud mental.

Esta política considera cinco ejes: 1) Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; 2) Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; 3) Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia; 4) Rehabilitación integral e Inclusión social; y 5) Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

- Por otra parte, se ha logrado aumentar la edad de inicio de consumo tanto de alcohol, como de sustancias psicoactivas ilícitas; sin embargo, se requieren mayores esfuerzos para cumplir con la edad propuesta para el 2021. El consumo de marihuana tiende a aumentar en población escolar.



Ilustración 10. Edad de inicio de consumo de sustancias y prevalencia de consumo de marihuana



Fuente: Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Población Escolar Colombia 2016 y Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

A continuación, se describen las estrategias desplegadas por parte de la Nación:

- Se construyó y adoptó una nueva Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019), en el marco de la Política de Salud Mental. Por medio de esta política se garantizará la atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos. Busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos.
- Los ejes de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas son: i) Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas; ii) Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas; iii) Tratamiento integral; Rehabilitación integral e Inclusión social; y, Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.
- La formulación de la Políticas Nacional de Salud Mental (Resolución 8446 de 2018) y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019) tuvo la participación de 849 personas en su proceso de construcción.
- En ocho (8) regiones se realizó el lanzamiento de estas dos políticas con la participación de 2.887 personas que representan a las autoridades locales, organismos de control político, secretaria de despacho, entidades descentralizadas, Ministerio Público, Fiscalía y Academia.

- Plan para la prevención del suicido con acciones concretas intersectoriales de promoción de los vínculos afectivos, detección e intervención temprana en los entornos, atención a los sobrevivientes, cualificación de profesionales de la salud y acciones con medios de comunicación; priorizando los 10 departamentos con mayores tasas.
- Se ha logrado llegar a cerca de 5.175 personas con 5.342 atenciones en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas de los cuales 2.082 son niños y adolescentes, en los 25 municipios donde se encuentran ubicados los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación. También han sido capacitados 55 profesionales en la estrategia mhGAP y 25 líderes en identificación y abordaje básico de problemas de salud mental en la comunidad.

2.8 Enfermedades no Trasmisibles (ENT)



Frente a los eventos de principal interés relacionados con las enfermedades no transmisibles, se ha mostrado una disminución en la mortalidad desde el 2005 a 2017; debido a que la falla cardíaca disminuyó en un 49,5%, la ECV en un 4%, la diabetes mellitus en un 28%, viéndose reflejada la disminución de la mortalidad prematura por las ENT.

Tabla 8. Mortalidad por ENT

Indicador	2005	2017
Falla cardíaca	8,52	4,22
Enfermedad cerebrovascular	32,25	30,96
Diabetes Mellitus	19,38	13,90
Mortalidad prematura (30 a 70 años) por el grupo de enfermedades cardiovasculares	115,18	97,08

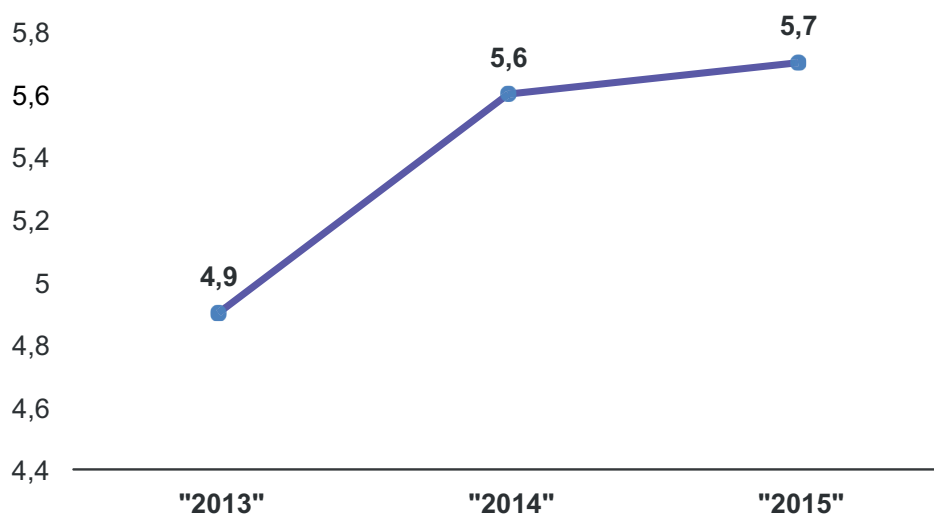
Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV-MSPS

Este resultado es debido a la implementación de estrategias individuales para mejorar la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico (Estrategia Conoce tu Riesgo en 24 departamentos y la Estrategia Toma el Control en 13 IPS) y de estrategias poblacionales para el control de factores de riesgo como el control del tabaco a través de la implementación del Convenio Marco de Control de Tabaco, de la Ley 1335 de 2009 y de la Ley 1819 de 2016, con lo cual se ha contribuido a la disminución de la prevalencia de tabaquismo y por ende a la disminución de la mortalidad por esa causa.

En 2018, en concordancia con la Resolución 780 de 2014, por la cual se establecieron los lineamientos técnicos para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud y en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto 3046 de 2013, once (11) de las trece (13) Cajas de Compensación Familiar que participan en el programa de gestión de riesgo cardiovascular avanzaron en la implementación de sus respectivos proyectos. A 31 de marzo de 2019 y en el marco de la implementación de la estrategia “Conoce Tu Riesgo, Peso Saludable”, se han realizado 155.691 cálculos de riesgo cardiovascular y metabólico.

La introducción de la vacuna contra el VPH en el país, la obligatoriedad de la detección temprana de cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto y próstata, la habilitación de unidades especializadas para la atención del cáncer y el control de precios de medicamentos oncológicos, entre otros, son factores que apalancan la disminución de la insidencia y la mortalidad por cáncer. Una de las intervenciones relevantes para disminuir la mortalidad por cáncer es el diagnóstico temprano es decir, en estadios iniciales de la enfermedad, sumando a ello un inicio oportuno del tratamiento. En este sentido, el país ha fortalecido la captación de casos de cáncer de mama en estadios tempranos, lo cual en el mediano plazo impactará positivamente en la reducción de la mortalidad por esta causa.

Ilustración 11. Proporción de nuevos casos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), 2015–2017



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Con relación a la oportunidad en el inicio del tratamiento de Leucemia en niños menores de 18 años, se observa una disminución en los días para que un niño una vez diagnosticado acceda a su tratamiento, lo que se ve reflejado en la disminución de la mortalidad por esta patología.

Igualmente en el periodo 2018, se observó una disminución de las alertas identificadas por la Estrategia de Seguimiento a Leucemias Agudas Pediátricas, así: en el caso, de los cobros de viáticos, disminuyeron en un 50%, los cobros por copagos disminuyeron en un 56% y las barreras por autorizaciones disminuyeron en un 34% comparadas con el año 2017. Esto da cuenta de una mejor gestión de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Con la perspectiva de fortalecer la gestión de los indicadores para el monitoreo al control del cáncer se ha avanzado en la definición de un mecanismo de incentivos para los agentes del sistema, que reconozca el cumplimiento de los aseguradores y prestadores en acciones de prevención, detección temprana y atención integral del cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colon y recto, leucemias y linfomas, pulmón y estómago. Así mismo, se definieron las estimaciones para el monitoreo a las intervenciones ex-ante relacionadas con la tamización y detección temprana del cáncer. Sumado a ello se avanzó en la entrega de insumos técnicos para emitir la circular que dará instrucciones en relación a la progresividad y transitoriedad en la tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas ADN-VPH y test para la detección de cáncer de colon y recto.

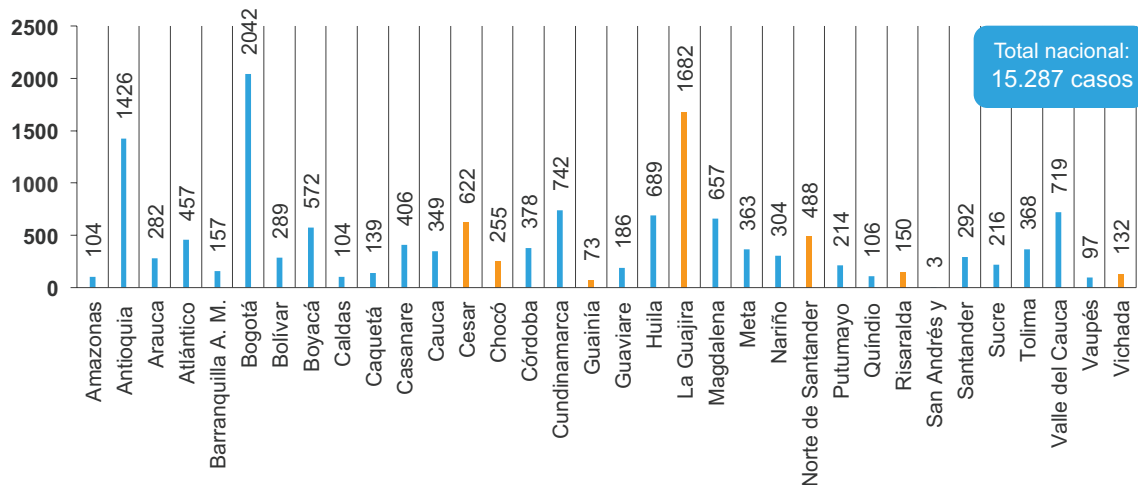
Complementario a lo anterior, se adelantó trabajo intersectorial con el Ministerio de Educación Nacional en donde se acordó la elaboración de orientaciones conjuntas para la implementación de Aulas Hospitalarias. Finalmente, en lo corrido de la vigencia se han adelantado acciones de asesoría y asistencia técnica a agentes del SGSSS con la finalidad de orientar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) de Cáncer fortalecer la operación de los Consejos Departamentales Asesores de Cáncer Infantil el desarrollo de acciones para el seguimiento y monitoreo a la gestión de los actores territoriales y la definición de planes de trabajo para la gestión territorial. Para el caso de cáncer infantil se están trabajando acciones conjuntas con el Instituto Nacional de Salud, Defensoría del Pueblo y Organizaciones de la sociedad civil, para fortalecer la vigilancia del cáncer en el nivel territorial.

2.9 Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas



Según el DANE, la tasa de mortalidad por desnutrición para los menores de cinco años ha tenido una tendencia a la disminución, pasando de 6,83 defunciones por cada 100.000 menores de cinco años en el año 2016 a 5,84 en el año 2017. Durante el año 2018, de acuerdo al reporte de SIVIGILA, se notificaron a nivel nacional 15.287 casos de desnutrición aguda.

Ilustración 12. Número de casos de desnutrición aguda notificados al SIVIGILA, 2018



Fuente: MSPS. Dirección de Promoción y Prevención

Durante 2018 se fortaleció la implementación de la Ruta y el Lineamiento Nacional para la Atención a la Desnutrición Aguda en Menores de Cinco Años en el territorio nacional mediante asistencia técnica a los equipos técnicos institucionales de los departamentos y distritos.

En 2019 se han adelantado acciones tendientes a disminuir la mortalidad por desnutrición, a partir de la puesta en marcha del Plan de Trabajo contra la Desnutrición, en 7 departamentos priorizados, correspondientes a: La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Chocó, Risaralda, Vichada y Guainía. El Plan busca operar el componente intersectorial de la ruta de atención

integral a niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa y solucionar los desafíos de su implementación, partiendo desde la identificación oportuna de la desnutrición, hasta la atención integral y seguimiento de cada uno de los casos, a fin de asegurar su recuperación.

Con corte a la semana epidemiológica 19, se había logrado una reducción del 35% en el reporte de casos de mortalidad asociada a desnutrición en menores de 5 años notificados al SIVIGILA.

Programa de Prevención y Reducción de Anemia en niños entre 6 y 23 meses de edad en el marco de Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia

Durante 2018 se realizó la implementación del programa de prevención y reducción de anemia, así como seguimiento a la entrega de los micronutrientes en polvo en los 6 departamentos priorizados (La Guajira, Bolívar, Nariño, Guainía, Sucre y Quibdó-Chocó).

Si bien el Programa se implementó en 6 departamentos, lo que representó el 46% en relación a lo planeado, es de mencionar que, a partir de la implementación piloto en estos departamentos, se definió que las atenciones previstas en el Programa para la Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional quedan contempladas en la Resolución 3280 de 2018, que define los lineamientos técnicos para la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal para su implementación en todo el territorio nacional.

Bancos de Leche Humana

Durante el segundo semestre de 2018, se adelantaron acciones que permitieron la consolidación de la estrategia de la implementación de la estrategia de Bancos de Leche Humana, enmarcada en el Plan Decenal de Lactancia Materna–PDLM, logrando implementar 4 de los 5 bancos esperados (dando cumplimiento del 66.7% de la meta programada).

Adicionalmente, se avanzó en la publicación de los Lineamientos Técnicos para la Estrategia de Bancos de Leche Humana en Colombia, con el fin de establecer las orientaciones conceptuales, técnicas y operativas de estos y así garantizar la calidad de la leche humana desde la captación, selección y acompañamiento de las familias donantes, hasta su entrega a los niños beneficiarios.

Instrumentos regulatorios para la prevención del exceso de peso

Se avanzó en la construcción del Análisis Impacto Normativo del proyecto de etiquetado y lactancia materna que permita identificar las necesidades normativas al respecto. Es de anotar que debido a la emisión del Decreto 1595 de 2015 del Ministerio de Comercio, no fue posible avanzar en la emisión de más reglamentos técnicos en la materia, puesto que por su contenido son considerados como Obstáculos Técnicos al Comercio, lo cual hace obligatorio el desarrollo de Análisis de Impacto Normativo como medida previa a iniciar cualquier proceso normativo, teniendo como base el procedimiento definido por el Departamento Nacional de Planeación–DNP.

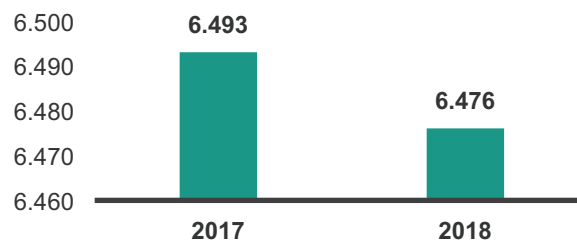
En coordinación con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado la definición del estándar de datos para la implementación del sistema de información de inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas, así como en el ajuste de los lineamientos y variables para la construcción de mapas de riesgo sanitarios de alimentos y bebidas, como herramienta para valorar el riesgo y priorizar las acciones sanitarias por parte de las autoridades sanitarias.

2.10 Prevención y Atención de la Incidentalidad Vial



Según las cifras del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para 2018 los incidentes viales (por tasa ajustada de mortalidad) ocupan la octava causa de muerte; son la primera causa de muerte para niños entre los 5 y 14 años y la segunda causa de muerte entre los 15 y 44 años. Por género, la quinta causa de muerte en hombres y la vigésima tercera en mujeres.

Ilustración 13. Incidentalidad vial



Fuente: Observatorio Agencia Nacional de Seguridad Vial. Consulta de junio 28 de 2019.

Según las Estadísticas Vitales del DANE, 2017, el 35% de las personas que fallecen por esta causa se movilizaban en moto, siendo el 19,9% peatones y 4,2% ciclistas.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Transporte y la Agencia Nacional de Seguridad Vial concertaron el desarrollo de una campaña de comunicación del riesgo, en donde se priorizará los actores vulnerables en la vía (motociclistas, niños, niñas y adolescentes, peatones y pasajeros).

Desde diciembre de 2018, el Ministerio se postuló para hacer parte del Comité Empresarial de Seguridad Vial como actor acompañante, con el fin de aunar esfuerzos entre entidades públicas y privadas. Se concertó realizar la firma del pacto con miembros Comité Empresarial de Seguridad Vial, Ministerio de Transporte y la Agencia Nacional de Seguridad Vial, para el 21 de junio. Se logró el fortalecimiento de la cooperación internacional a través de la Fundación Bloomberg, para el periodo 2019-2020, centrándose principalmente a la gestión de datos en seguridad vial.



2.11 Salud Ambiental

Seguridad Química

Interinstitucionalmente y en cumplimiento de los marcos reglamentarios dados en el Ley 1658 de 2015, se estableció el Plan Único y Sectorial de Eliminación de Mercurio y se definieron los Lineamientos para Disposición y Eliminación de Dispositivos Médicos con Mercurio y Amalgama Dental, proyecto que ha logrado, junto con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS), proveer los mecanismos para la sustitución del mercurio en el sector salud.

Se realizó gestión y concertación para la formulación del proyecto de reglamento técnico de vajillas, el cual fue publicado y resueltas las observaciones (actualmente en revisión de la Dirección Jurídica de Minsalud).

Se dio cumplimiento del 80% en el Plan de Acción y Seguimiento del CONPES 3868 de 2016 “Política de Gestión del Riesgo Asociado al Uso de Sustancias Químicas”, con los esquemas del sistema de información toxicológica, lineamientos de evaluación y manejo del riesgo de Sustancias Químicas de Uso Industrial, entre otros.

Se produjo la expedición de la reglamentación para la adopción del Sistema Globalmente Armonizado a través del Decreto 1496 de 2018 “Por el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química”.

Además, se apoyó la revisión y generación de los soportes del MSPS en el marco de una posible reactivación de la aspersión aérea de cultivos ilícitos con glifosato, audiencia de la Sentencia T 236 del 2017 y Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos por Aspersión Terrestre–PECAT.

Demás componentes de salud ambiental

Mediante el trabajo articulado entre la Organización Panamericana de Salud y Minsalud, se obtuvo el Estudio Nacional de Equidad en Salud Ambiental–ENESA de los componentes de agua, aire, zoonosis, cambio climático y movilidad segura.

Se acompañó la conformación de 2 nuevos Consejos Territoriales de Salud Ambiental-COTSA (Bolívar y Buenaventura), lo que permitirá mejorar la articulación y coordinación intersectorial a nivel territorial. Se obtuvieron fuentes de cooperación para apoyo al diseño y desarrollo del plan de adaptación al cambio climático del sector salud, a través de la consultoría con Nap Global Network, DNP y MADS.

Se mantiene cumplida la meta de cero casos de rabia humana transmitida por perro durante 2018 y en lo que va de 2019 no se han presentado casos de rabia humana; para esto, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se aseguraron los recursos para la adquisición de la vacuna antirrábica para la vigencia 2019 por \$3.500.000.000, garantizando el insumo hasta el 30 de diciembre de 2019.

Aire y Salud

Respecto al componente de aire y salud, se logró la formulación del CONPES 3943 de 2018, donde se establece la Política del Mejoramiento de la Calidad del Aire en Colombia y se plantean actividades para el sector salud, orientadas a la gestión del conocimiento frente a los desenlaces en salud asociados a la contaminación del aire, así como; la propuesta de medidas de intervención frente a escenarios críticos de contaminación del aire.

Cumplimiento a órdenes judiciales

Se acató la medida cautelar proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito Especializado en Restitución de Tierras de Pasto, para la protección de la comunidad étnica Awá (mercurio y glifosato), resguardo indígena Hojal la Turbia,

Se gestionaron recursos con Colciencias para el desarrollo de estudios toxicológicos y epidemiológicos en cumplimiento a las siguientes órdenes judiciales:

- T-622/2016 Rio Atrato. Sentencia Corte Constitucional (Convenio 849 de 2018 Colciencias – Universidad de Córdoba), por \$10.348.189.580, el cual se encuentra en ejecución.
- Medida Cautelar Territorio Colectivo Zanjón de Garrapatero (Minería) (Colciencias– Universidad de Cartagena), por \$1.463.724.915, la cual se encuentra en ejecución.
- Medida Cautelar Comunidad Indígena Hitnü (Hidrocarburos) (Convocatoria desierta en abril de 2019), por \$1.000.000.000

En el marco de la sentencia T-733-Cerro Matoso S.A y otros, se logró la concertación de la ruta metodológica frente a la consulta previa que se proyecta finalizar en septiembre de 2019.

2.12 Estudios y Encuestas de salud: Estudio Nacional de Equidad en Salud Ambiental, Encuesta Nacional de Salud en Escolares y Tabaquismo en Jóvenes



La Encuesta Nacional de Salud en Escolares y Nacional de Tabaquismo en Jóvenes se aplicó en el año 2017 a una muestra representativa de estudiantes de todo el país con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años. Durante el año 2018 se dispuso la información en bases de datos para su procesamiento, análisis y difusión de resultados, constituyendo la fase III de todo el proceso. Esta fase se llevó a cabo durante los meses de agosto a noviembre de 2018 y fue ejecutada a través de un contrato con la Universidad del Valle.

En agosto se depuraron las bases de datos entregadas por el Ministerio a la Universidad del Valle, para dar inicio al procesamiento de la información y entrega de resultados preliminares. En esta etapa se evaluó la calidad de la información, se verificaron y arreglaron inconsistencias y se imputó información.

Durante septiembre y octubre se llevaron a cabo todas las actividades de análisis de información, cálculo de indicadores relevantes, realización y ajuste de presentaciones de resultados para el proceso de socialización y divulgación de la información.

Durante noviembre se realizaron los procesos de socialización y difusión de la información en 5 ciudades del país: Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga y Barranquilla. En estas ciudades se presentaron los principales resultados que arrojaron las encuestas ENSE y ENTJ y se hicieron ejercicios de retroalimentación con el público asistente a los eventos de entrega de resultados. Como producto final en diciembre se recibieron los informes de análisis de la información de las encuestas ENSE y ENTJ.

2.13 Vigilancia en salud pública y Red Nacional de Laboratorios-RELAB



Las Leyes 9 de 1979 y 715 del 2001, así como los Decretos 4107 de 2011 y el 780 de 2016 (Decreto único del Sector Salud) que incorpora los Decretos 3518 y 2323 de 2006 y 1601 de 1994, han definido las competencias y responsabilidades a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social para las acciones en vigilancia en salud pública y red nacional de laboratorio, otorgándole entre otras las funciones de definir, diseñar, reglamentar, dirigir y establecer y definir las directrices para el direccionamiento estratégico del sistema de vigilancia en salud pública y de la Red Nacional de Laboratorios, así como la de brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y la de desarrollar e implementar las políticas y proyectos relacionados con la vigilancia en salud pública y la Red Nacional de Laboratorios.

Adicional a lo anterior, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que fue adoptado por la Resolución 1841 de 2013 expone, en la Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud, entre otras, las estrategias para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria. Entre ellas se contempla un proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA), un plan de recuperación de las capacidades básicas del Sistema de Vigilancia y la Respuesta en Salud Pública e Inspección, Vigilancia y Control para la Seguridad Sanitaria y el Plan de Recuperación de la Red Nacional de Laboratorios Departamentales y del Distrito Capital. En lo referente a la gestión integral de riesgos en emergencia y desastres, se solicita ampliar y mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional-RSI, 2005.

Con base en lo anterior, la Dirección de Epidemiología y Demografía de Minsalud-Grupo de Vigilancia en Salud Pública, presenta los siguientes avances en el tema para el período agosto de 2018 a mayo de 2019:

- **Plan de Recuperación de las Capacidades Básicas del Sistema de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública e Inspección, Vigilancia y Control para la Seguridad Sanitaria:** Esta línea de acción está enfocada en mejorar las capacidades de medios y resultados que les permita a los actores del sistema, incluidas las autoridades sanitarias de los niveles intermedio y local, fortalecer sus capacidades en vigilancia y respuesta en salud pública.
- **Direccionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública:** Comprende la función rectora y de articulación intersectorial del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, gestión normativa e intersectorialidad.

- **Gestión del sistema de vigilancia en Salud Pública:** Comprende la integración y operación de los procesos de estandarización, planeación, organización, desarrollo de los procesos básicos de la vigilancia, requerimiento de capacidades y seguimiento y evaluación del sistema, para mantener las acciones de vigilancia. Teniendo en cuenta la responsabilidad del Ministerio frente a los procesos de direccionamiento operativo, gestión y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se lograron directrices operativas para el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el fortalecimiento de las capacidades del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- **Gestión del riesgo en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:** Realiza el análisis de situaciones o eventos de interés que pueden tener un impacto de importancia nacional e internacional con el fin de emitir alertas o apoyar la construcción de planes de contingencia en la que se incluya la vigilancia y respuesta a la situación. Se logró análisis de información y alertas y evaluación de riesgo para la orientación de la respuesta en salud pública.

En materia de gestión normativa e intersectorialidad, los resultados en vigilancia en salud pública para el período agosto de 2018 a mayo de 2019 son los siguientes:

Tabla 9. Direccionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Gestión normativa	Intersectorialidad
<ul style="list-style-type: none"> • Organización de espacios de articulación intersectorial y sectorial: Propuesta de Resolución: “Por la cual se organizan y clasifican los espacios intersectoriales y sectoriales, establecidos para la gestión, planeación y ejecución de las acciones de la salud pública en niveles de procesos y se crean instancias operativas”. Se encuentra en proceso de ajuste. • Red Nacional de Laboratorio: Desarrollo normativo para la gestión de la Red Nacional de Laboratorios, en el marco del Decreto único 780 del 2016: Resolución 561 del 4 de marzo de 2019: “Por la cual se establecen los procedimientos de inscripción y verificación de los laboratorios que realicen pruebas para eventos de interés en salud pública y de inspección, vigilancia y control sanitario en la red Nacional de Laboratorios–RELAB. • Circulares para la intensificación de la vigilancia de eventos de interés en salud pública: • Circular Externa Conjunta 0038 de 2018: “Directrices para la vigilancia intensificada, prevención y atención de intoxicaciones por bebidas alcohólicas adulteradas por metanol, temporada 1 de diciembre de 2018 a 12 de enero de 2019”. • Circular Externa Conjunta 0039 de 2018 “Directrices para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco temporada 1º de diciembre de 2018 a 12 de enero de 2019”. • Circular Externa Conjunta No. 0043 de 2018 “Directrices para el fortalecimiento de la prevención y vigilancia de la resistencia antimicrobiana de <i>Neisseria gonorrhoea</i>”. • Circular Externa Conjunta No. 0008 de 2019 “Instrucciones para la intensificación y fortalecimiento a las acciones de vigilancia, prevención, atención integral y control de dengue en Colombia”. 	<p>En funcionamiento los siguientes espacios de articulación para la orientación de acciones para la toma de decisiones en temas relacionados con salud pública y de los cuales el Grupo de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección de Epidemiología y Demografía es responsable de la Secretaría Técnica o es miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité Estratégico en Salud Pública-CES. • Mesa técnica de brotes en población privada de la libertad. • Mesa técnica para la vigilancia y prevención de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) en instituciones educativas que cuentan con el Programa de Alimentación Escolar-PAE.

Gestión normativa	Intersectorialidad
<ul style="list-style-type: none"> • Circular conjunta externa 0003 de 2019 “Preparación y respuesta sectorial frente a los posibles efectos en salud ante la eventual ocurrencia del fenómeno El NIÑO”. • Gestión sanidad portuaria: Coordinación de acciones de IVC sanitarias y epidemiológicas para la autorización en el ingreso de motonave. • Resolución Externa Conjunta 0766 de 2018: “Por la cual se reglamenta lo establecido en el artículo 2.4.7.3. • Gestión Centro Nacional de Enlace: Coordinación de acciones de notificación, monitoreo y respuesta de situaciones o eventos inusuales que puedan convertirse en una emergencia de importancia nacional que puedan afectar a la población. • Circular Externa No. 030 de 2018: “Instrucciones para la comunicación de eventos que puede convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional (ES-PII), en el marco del Reglamento Sanitario Internacional-RSI (2005), al Centro Nacional de Enlace (CNE)”. 	

Fuente: Minsalud-Dirección de Epidemiología y Demografía

Ahora, en gestión del sistema de vigilancia en salud pública, se evidencian los siguientes avances en lo relacionado con las directrices operativas y el fortalecimiento de capacidades del sistema:

Tabla 10. Gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Directrices operativas para el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública	Fortalecimiento de las capacidades del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos técnicos para la operación del sistema de vigilancia en salud pública: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del documento <i>Marco general para el desarrollo del plan operativo de la Vigilancia Integrada de RAM en la Cadena Agroalimentaria</i>. - Propuesta metodológica para la operación de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública con Base Comunitaria. • Análisis de información de vigilancia en salud pública para la orientación de acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración y divulgación del informe “<i>Comportamiento de brotes de ETA año 2017</i>” al Ministerio de Educación. - Elaboración y divulgación del informe <i>Comportamiento de brotes de ETA año 2017</i> al Ministerio de Justicia. - Análisis cualitativo comparativo sobre el consumo de sustancias Psicoactivas en población escolar. Colombia. Resultados encuestas: 2011vs. 2016” - Boletín de análisis del comportamiento epidemiológico hepatitis A: 2012-2016”. - Boletín análisis de comportamiento del evento: intento de suicidio periodo: 2016 y 2017. 	<p>Fortalecimiento de las capacidades en los laboratorios de Salud Pública</p> <p>Documento diagnóstico de capacidades básicas de los laboratorios de salud pública.</p>

Directrices operativas para el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública	Fortalecimiento de las capacidades del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
<ul style="list-style-type: none"> - 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 La Guajira, Vichada, Chocó, Guainía, Guaviare, Meta, Cesar, Norte de Santander, Vaupés y Vichada. - Informes por periodos epidemiológicos del seguimiento de la situación de salud de la población migrante, consolidados a periodos epidemiológicos VIII, IX, X, XI, XIII de 2018, I, II y III de 2019. - Informe que da cuenta del seguimiento de los pacientes menores de 18 años con diagnóstico de Leucemia Aguda Pediátrica que fueron notificados por SIVIGILA para la reducción de la mortalidad de estos pacientes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de estrategias, planes, proyectos: <ul style="list-style-type: none"> - En funcionamiento la estrategia de monitoreo de los casos de Leucemia Aguda Pediátrica que fueron notificados por SIVIGILA - Pilotos de implementación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria en los departamentos de Vichada y Guaviare. - Proyecto de eliminación de malaria urbana en municipios de frontera con Panamá: Focalización. - Implementación de la primera fase de la herramienta RELAB (Resolución 561 de 2 de marzo 2019). - Política Nacional de Laboratorios: prioridades para mejorar el cumplimiento de estándares de calidad CONPES 3957/2018 en implementación. - 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, en los departamentos del Meta, Córdoba, Cauca. • Gestión de riesgos: alertas, emergencias, brotes: <p>Acompañamiento en la realización del informe de la verificación de indicadores epidemiológicos para el control y cierre de los brotes de sarampión en las entidades territoriales de Cartagena, Bolívar, Santa Marta, Barranquilla, Atlántico, Norte de Santander, La Guajira, Riohacha y municipios involucrados como parte del proceso de preparación de la comisión internacional para la verificación de la Certificación como país libre de sarampión.</p> 	<p>Fortalecimiento de las capacidades en vigilancia en salud pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de las capacidades en vigilancia en salud pública en las ETS en el marco del RSI 2005. - Desarrollo de la guía para la evaluación de capacidades de la implementación de la estrategia de vigilancia comunitaria.

Fuente: Minsalud-Dirección de Epidemiología y Demografía

2.14 Fortalecimiento de la aplicación del reglamento sanitario internacional, Centro Nacional de Enlace–CNE y sanidad portuaria



Centro Nacional de Enlace

De acuerdo con el artículo 2.8.8.1.3.6 del Decreto 780 de 2016, el Centro Nacional de Enlace (CNE) es la instancia designada para intercambiar información con la Organización Mundial de la Salud y demás organismos sanitarios internacionales, en cumplimiento de las funciones relativas a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), realiza comunicación 24/7 para intercambio de información y monitoreo de medios para la generación boletines diarios de Noticias de Interés Sanitario.

Sanidad portuaria

Se destacan las siguientes actividades en el Fortalecimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional-RSI, Centro Nacional de Enlace–CNE y Sanidad Portuaria:

Tabla 11. Fortalecimiento de la aplicación del RSI, CNE y Sanidad Portuaria

Centro Nacional de Enlace	Sanidad Portuaria
<p>Comunicación, notificación y respuesta: El país ha cumplido con la notificación y ampliación de información al Punto de Contacto para el RSI-OPS/OMS de situaciones de interés sanitario de impacto internacional.</p> <p>Monitoreo de medios para la generación boletines diarios de Noticias de Interés Sanitario: Para el período agosto 2018 a marzo de 2019 se monitorearon 226 eventos de importancia en salud pública, el 84% (190) de origen infecciosos, el 16% restante de origen químicos (12), emergencias complejas y factores ambientales (12), entre otros. Se emiten boletines sanitarios a diarios y se comunica a todos los interesados.</p>	<p>Gestión sanidad portuaria</p> <p>Seguimiento: Acompañamiento al territorio para fortalecer los procesos de la gestión en sanidad portuaria con énfasis en planes de emergencias. Por el proceso migratorio y para el seguimiento, se priorizaron las entidades territoriales de Ipiales-Nariño, San Miguel- Putumayo, Vichada, Norte de Santander, Santa Marta, Magdalena, Antioquia, Turbo y Sucre.</p>

Fuente: Minsalud-Dirección de Epidemiología y Demografía

Además, se evidencian los siguientes logros obtenidos en materia de Plan de Recuperación de las Capacidades Básicas del Sistema de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública e Inspección, Vigilancia y Control para la Seguridad Sanitaria:

- **Recuperación de la Red Nacional de Laboratorio:**

Los avances en el período se han dado en términos de:

- Consolidación de un registro nacional de los laboratorios con sus pruebas y metodologías, para establecer la oferta nacional con el fin de mejorar la oportunidad en los resultados.
- Seguimiento en la implementación de los estándares de calidad de los laboratorios que realicen pruebas de interés en salud pública, con el fin de mantener la calidad y confiabilidad de los resultados.

- **Proceso de actualización y modernización del sistema de vigilancia en salud pública:**

- Desarrollo e implementación de la estrategia de vigilancia comunitaria con el fin de sumar mecanismos de participación de la comunidad en la identificación primaria de situaciones de interés en salud pública, para mejorar la respuesta en salud pública una vez verificada y confirmada dicha situación. La implementación de la estrategia inició en los municipios con poblaciones ubicadas en zonas de difícil acceso y los de zonas de frontera.
- En el monitoreo de capacidades básicas para la vigilancia y respuesta en salud pública realizado en 25 de 37 entidades territoriales en 2018, se obtuvo una capacidad global territorial en vigilancia y respuesta en salud pública del 63%; aunque este valor indica que se cuenta con una capacidad demostrada en vigilancia y respuesta en salud pública, las capacidades de recurso humano, respuestas a situaciones de emergencia de interés en salud pública y comunicación de riesgo, presenta valores de capacidades por debajo de 60%, por lo que se requiere reforzar estas capacidades.
- Intensificación de las acciones de vigilancia y laboratorio para la detección oportuna de eventos en proceso de eliminación, en control o que han sido eliminados en el país, que conduzca en la respuesta oportuna en salud.

En el fortalecimiento de la aplicación del reglamento sanitario internacional, Centro Nacional de Enlace–CNE y sanidad portuaria, se ha logrado lo siguiente:

- **Gestión en Sanidad Portuaria:**

- Acompañamiento territorial para la preparación y respuesta en el marco del reglamento sanitario frente 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.
- Disponibilidad 24x7 para la notificación y gestión de eventos y alertas.
- Apoyo en la organización y realización de reuniones de evaluación de riesgo y unidades de análisis desde sanidad portuaria.
- Divulgación y actualización página web viajeros.
- Asistencia a reunión semanal de entrega de disponibilidad.
- Acompañamiento y asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud para la gestión en sanidad portuaria, de acuerdo a la programación de la Dirección Epidemiología y Demografía de Minsalud.
- Expedición de la Resolución conjunta expedida por Dimar “Por la cual se reglamenta lo establecido en el artículo 2,4,73, del Decreto 1070 del 2015 “Por el cual se expide el Decreto Único del Sector Defensa”-Resolución 1766 de 2018”.
- Lineamientos para implementar y ejecutar la autorización anticipada de inicio de operaciones de buque, en coordinación con las autoridades encargadas de la visita oficial de arribo.

- **Centro Nacional de Enlace:**

- En funcionamiento las 24 horas del día los 7 días de la semana, la gestión del CNE para el intercambio de información con la red nacional de puntos focales territoriales, sectoriales e intersectoriales, con el de comunicar, verificar, confirmar y notificar información sanitaria de interés nacional e internacional.
- Seguimiento a la situación de sarampión nacional, regional e internacional teniendo en cuenta que el incremento de los casos ha desplegado medidas de salud públicas requeridas para su control en todos los países.
- Se mantiene informado al público en general sobre las situaciones de interés en salud pública.



3. Aseguramiento, ajustes e intervenciones para mejorar el sistema y la sostenibilidad

3.1 Aseguramiento y cobertura del sistema de salud



Actualmente, uno de los principales desafíos que enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el acceso oportuno a los servicios de salud. Lo anterior, se enmarca con el objetivo de política pública en aseguramiento, donde el Gobierno Nacional viene realizando esfuerzos en los últimos años, para la consecución de la cobertura universal de la afiliación al SGSSS, esto se puede observar en la tabla 12, donde el porcentaje de cobertura a mayo de 2019 se encuentra en 94,9%, con una población cubierta de 47.549.646 afiliados, de los cuales 48,03% corresponden al régimen subsidiado, 47,43% al régimen contributivo y 4,53% a los regímenes especiales o de excepción.

Tabla 12. Cobertura Afiliados Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción. 2014–mayo de 2019

Concepto	Dic. 2014	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	May.2019
A. Régimen Contributivo	20.760.123	21.453.376	22.199.204	22.045.454	22.658.108	22.555.403
B. Régimen Subsidiado	22.882.669	23.179.801	22.171.463	22.434.577	22.378.384	22.839.581
C. Otros regímenes (exceptuados)	2.402.307	2.402.307	2.260.693	2.287.296	2.138.118	2.154.662
D. Población cubierta= A+B+C	46.045.099	47.035.484	46.631.360	46.767.327	47.174.610	47.549.646
E. Población DANE	47.661.787	48.203.405	48.747.708	49.291.609	49.834.240	50.058.159
F. % de Pob. cubierta=D/E	96,61%	97,58%	95,66%	94,88%	94,66%	94,99%

Fuente: Base de Datos Única de Afiliación, BDUA- SISPRO; (2) Cálculos del MSPS para regímenes de excepción y especiales; (3) DANE: Proyecciones de población 2005 – 2020. Se incluye en el régimen de excepción a las personas que se encuentran privadas de la libertad en condición de intramural a cargo del INPEC

Se observa una leve disminución en la cobertura desde 2016, la cual se deriva principalmente de las siguientes causas: a) la depuración de registros de la Base Única de Afiliados–BDUA, a partir de la información disponible en la Registraduría Nacional del Estado Civil–RNEC; b) el ajuste en los datos correspondientes a la población afiliada a los regímenes exceptuados o especial; y, c) por la dinámica propia del aseguramiento a partir de la condiciones de capacidad de pago de la población y de no cumplir con la condiciones para pertenecer al régimen subsidiado. No obstante, la población total afiliada registra un incremento de 1.7% durante el último año corrido, equivalente a cerca de 750 mil personas, de la cuales el 63% corresponden al régimen contributivo y el restante al régimen subsidiado.

Cabe aclarar que la tasa de cobertura se calcula con la información de afiliación por departamento de la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA y teniendo como denominador las proyecciones poblacionales realizadas por el DANE, producto de un ejercicio con técnicas estadísticas y demográficas, que tiene como base el censo de población llevado a cabo en 2005, existiendo patrones de migración y de población real que no recogen la proyección de población. Por lo tanto, el Ministerio está atento a la publicación y análisis de los resultados definitivos del censo 2018.

En materia de aseguramiento territorial, se denota que las mayores concentraciones en términos de número de afiliados se encuentran ubicados en los principales centros urbanos del país, lo que corresponde también a las ciudades y departamentos con mayor número de personas en el régimen contributivo, en tanto cuentan con las mayores fuentes de empleo formal en el país.

Ilustración 14. Afiliados por departamento

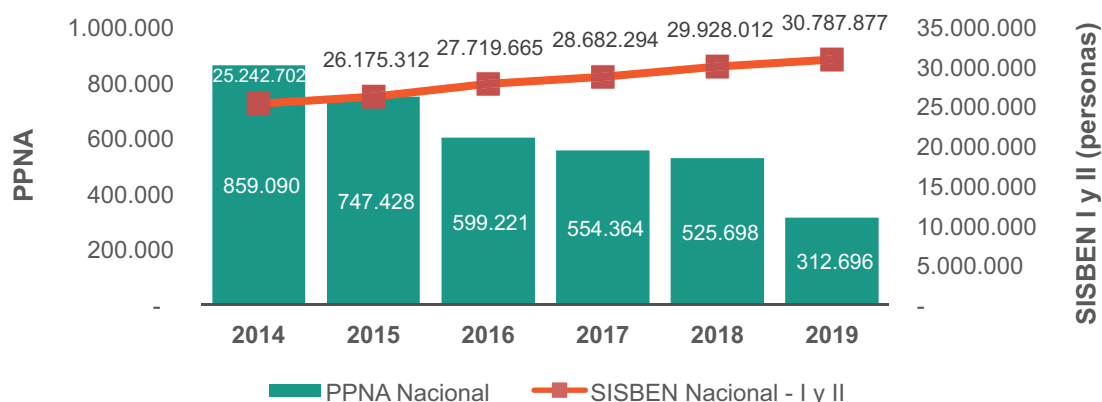


Fuente: Base de Datos Única de Afiliación, BDUA- SISPRO. Corte al 30 abril de 2019

En el marco del proceso para lograr la meta de cobertura universal en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS, desde 2016 el Ministerio adelanta las gestiones necesarias para la publicación del listado nominal de la Población Pobre no Afiliada-PPNA y facilitar así la labor de aseguramiento de los entes territoriales municipales y departamentales.

Desde 2014 se ha observado una tendencia decreciente de la PPNA como se evidencia en la siguiente gráfica, que va en línea con el incremento general de la cobertura del aseguramiento en salud y el fortalecimiento del régimen subsidiado. Todo esto generado por la gestión del aseguramiento en salud por parte de las entidades territoriales, así como en la optimización y mejoramiento del procedimiento para efectuar los cruces de información para identificar esta población.

Ilustración 15. Histórico PPNA 2014- 2019



Fuente: DNP-SISBEN, Base de Datos Única de Afiliación – BDU – Afiliación, RNEC – Registraduría Nacional.

3.2 Avances en el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT



El Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado instrumentos que facilitan la afiliación al SGSSS y el reporte de novedades, entre los cuales se destaca el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT, que permite al afiliado, al aportante y a las entidades territoriales, reportar directamente sus novedades.

Al SAT se accede a través del registro e identificación de la persona en el portal www.miseguridadsocial.gov.co. En la actualidad existen 1.268.229 ciudadanos registrados (al 22 de mayo de 2019), 6.800 empleadores persona jurídica y 16.805 empleadores persona natural. A la fecha se encuentran en operación las funcionalidades relacionadas con el registro y autenticación de usuarios, registro de aportantes, traslado de EPS, inclusión y retiro de beneficiarios, actualización de datos complementarios, actualización documento de identidad, reporte de internación e inicio de relación laboral (piloto). De forma gradual y durante el año 2019 se busca la estabilización del sistema de información y la implementación gradual de nuevas funcionalidades del SAT.

La entrada en operación del SAT se efectuó según estableció la Resolución 768 de 2018. El cambio de EPS entró en operación el 15 de marzo de 2018, evidenciándose, al 30 de abril de 2019, que 696.948 personas se han trasladado de EPS y 29.874 beneficiarios se han incluido en los grupos familiares, entre otras novedades.

3.3 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 10 Administradoras de Riesgos Laborales y el porcentaje de distribución de la afiliación se observa en la siguiente tabla.

Tabla 13. Distribución de afiliados a ARL (marzo de 2019)

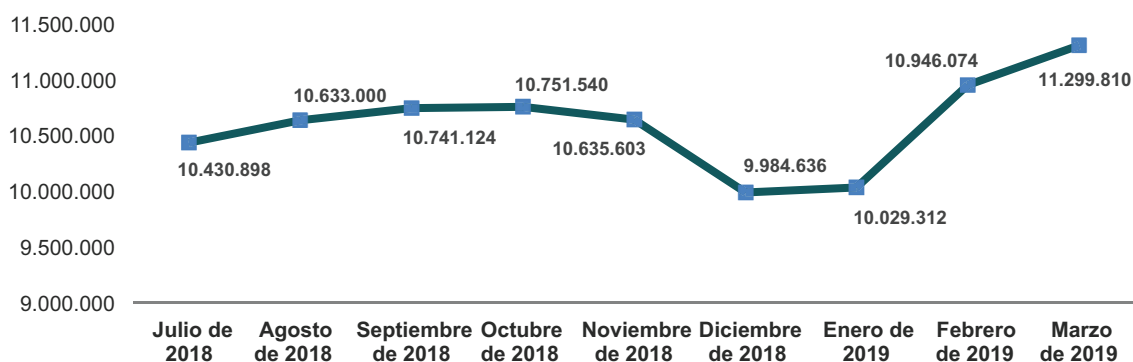
Administradora de Riesgos Laborales-ARL	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
Compañía de Seguros Bolívar S.A.	567.957	5,03%	8.517	1,06%
Compañía de Seguros de Vida Aurora	776	0,01%	141	0,02%
Suramericana Administradora de Riesgos Laborales	4.042.710	35,78%	259.071	32,18%
La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo	918.068	8,12%	19.416	2,41%
Liberty Seguros de Vida	406.481	3,60%	17.310	2,15%
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A	2.462	0,02%	113	0,01%
Positiva Compañía de Seguros	2.667.463	23,61%	398.237	49,46%
Riesgos Profesionales Colmena S.A	1.068.684	9,46%	39.461	4,90%
Seguros de Vida Alfa S.A.	79.950	0,71%	1.429	0,18%
Seguros de Vida Colpatria S.A.	1.545.259	13,68%	61.450	7,63%
Total general	11.299.810	100,00%	805.145	100,00%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social
Subdirección de Riesgos Laborales, Administradoras de Riesgos Laborales

Trabajadores afiliados

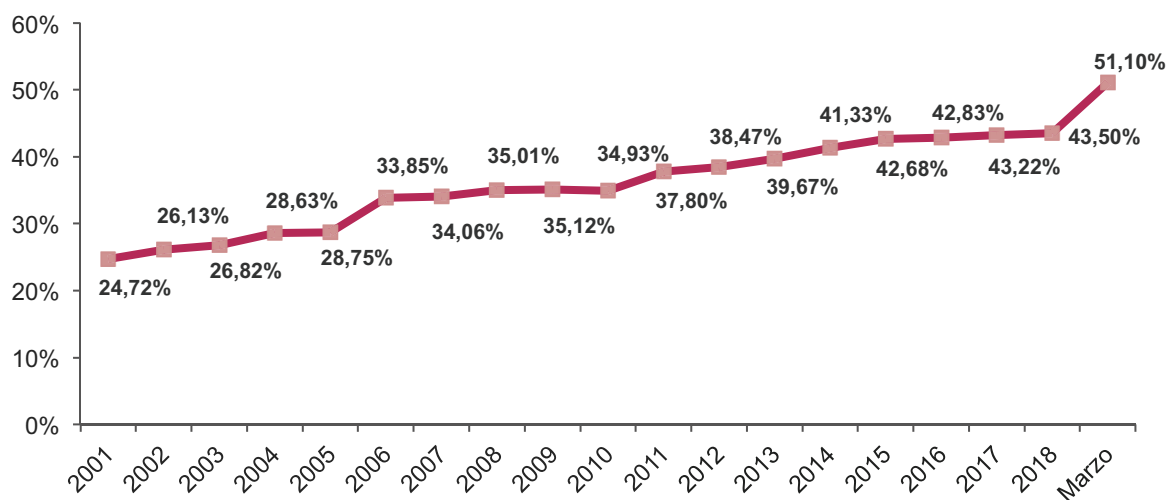
En el período comprendido entre julio de 2018 a marzo de 2019, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) pasó de 10.430.898, a un total de 11.299.810, representando un aumento de 868.912 nuevos afiliados.

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

Ilustración 16. Número de afiliados al Sistema general de Riesgos Laborales

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Subdirección de Riesgos Laborales, Administradoras 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 es llegar a 44,7%. En la siguiente ilustración se observa el comportamiento de los últimos 18 años con corte a marzo de 2019:

Ilustración 17. Porcentaje de cobertura SGRL frente a población ocupada

Fuente: DANE-Gran Encuesta Integrada de Hogares. Cálculos, MSPS-Subdirección de Riesgos Laborales.

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).

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. Así mismo, se mantienen las asistencias técnicas permanentes a los referentes de salud y ámbito laboral territoriales del nivel nacional, como ejecutores de las acciones definidas en la dimensión.

Licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo-SST

Las licencias otorgadas entre 2013-2018 a personas naturales (PN) y jurídicas (PJ), a partir de la vigencia de la Resolución 4502 de 2012, presenta las siguientes cifras:

Tabla 14. Distribución licencias otorgadas a personas naturales y jurídicas 2013-2018

2013		2014		2015		2016		2017		2018	
PN	PJ	PN	PJ	PN	PJ	PN	PJ	PN	PJ	PN	PJ
10.574	413	11.837	506	13.661	556	17.766	625	17.825	786	19.080	701

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Subdirección de Riesgos Laborales

Actualmente con licencia en SST hay 93.272 personas naturales y 3.636 personas jurídicas. Los perfiles de formación con licencia son: Técnico Profesional, Tecnólogo en SST, Profesional en SST y Profesional Especializado en SST; el perfil de Tecnólogo es el que más se licencia, cuenta con un 38%, seguido de los profesionales con especialización en SST, que corresponde a un 30%.

3.4 Pensiones

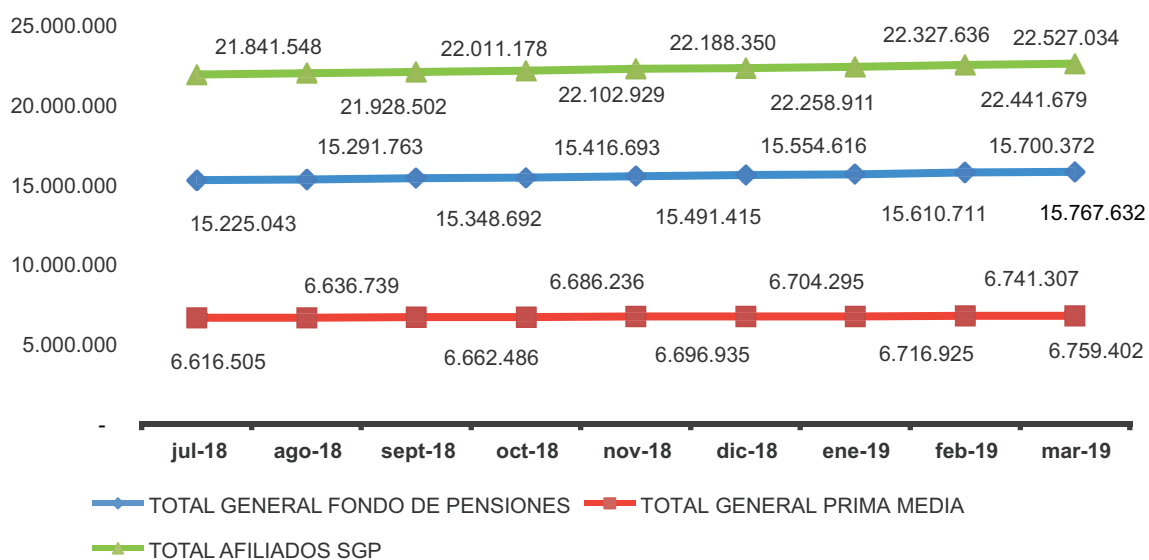


El Sistema General de Pensiones tiene como propósito garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones. El Sistema General de Pensiones está compuesto por dos regímenes: i) Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida; y, ii) Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

Cobertura de afiliación en el Sistema General de Pensiones

A marzo de 2019, el número de afiliados al Sistema General de Pensiones es de 22,5 millones de afiliados, de los cuales 15,7 millones se encuentran en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad que corresponde al 69,9% del total de afiliados y 6,7 millones al Régimen de Prima Media con Prestación Definida que corresponde al 30,1%. En la siguiente ilustración se detalla el comportamiento para el período julio 2018–marzo de 2019.

Ilustración 18. Afiliados al Sistema General de Pensiones



Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia

3.5 Ampliación del plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación-UPC



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 Capacitación (PBSUPC)¹⁷. El objetivo se enfocó en los criterios y las condiciones señaladas por la ley y la Corte Constitucional:

¹⁷ Por mandato de la Ley 1438 de 2011 la actualización integral del PBSUPC debe hacerse mínimo cada dos años, es así que correspondería realizarla a más tardar en 2019 para su entrada en rigor en 2020.

- i. carga de enfermedad de la población;
- ii. perfil epidemiológico;
- iii. disponibilidad de recursos y equilibrio; y,
- iv. 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.

Los criterios aplicados fueron:

1. Tecnologías de primera línea de tratamiento;
2. 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;
3. Inclusión de tecnologías para tratamientos sin opciones dentro de este plan; por ejemplo, para la Hiperplasia Prostática Benigna, Incontinencia Urinaria y Osteoporosis.

Tabla 15. Resultados de la Actualización Integral del PBSUPC Vigencia 2018

Concepto	Principios activos	Procedimientos	Condiciones de salud
Inclusiones	60		19
Aclaraciones sobre lo financiado con recursos de UPC (Art. 134 Res. 6408/16) ²⁰		34	

Fuente: MSPS-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCTAS)

Tabla 16. Listado de indicaciones actualización integral 2018

19 condiciones en salud	Tecnologías en salud 60 principios activos
Estreñimiento adultos línea 2	2
Osteoporosis por postmenopausia	6
Osteoporosis primaria	6
Osteoporosis secundaria	6

¹⁸ En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativos a los cubiertos en el PBSUPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en este Plan de Beneficios, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la UPC, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

19 condiciones en salud	Tecnologías en salud 60 principios activos
Trastorno de pánico línea 1	5
Trastorno de pánico línea 2	1
Trastorno de fobia social línea 1	3
Trastorno de fobia social línea 2	2
Trastorno de ansiedad generalizada línea 1	7
Trastorno de ansiedad generalizada línea 2	3
Hemorragia postparto y atonía uterina	1
Incontinencia urinaria de urgencia o mixta	6
Hiperplasia prostática benigna	8
Nausea y vómito - EDA	1
Nausea y vómito - postoperatorio	3
Nausea y vómito - reflujo gastroesofágico	3
Nausea y vómito - quimioterapia y radioterapia	5
Hipertensión - diuréticos - ARAS	11
Diabetes mellitus tipo II	11
Total	90

Fuente: Construcción propia de la DRBCTAS 2018

Tabla 17. Aclaraciones: Tecnologías financiadas con recursos de la UPC por aplicación del artículo 134

	Descripción
1	Queratotomía radial miopica o astigmática (cirugía refractiva incisional) sod
2	Entrecruzamiento de colágeno corneal unilateral
3	Entrecruzamiento de colágeno corneal bilateral
4	Implante intravítreo
5	Detartraje subgingival sod
6	Aislamiento eléctrico de venas pulmonares vía percutánea (endovascular)
7	Tromboembolotomía arterial torácica
8	Esclerolisis de lesión en vasos sanguíneos vía percutánea
9	Ligadura de vena cava (inferior) (superior) sod
10	Tomografía óptica coherente de estructura ocular
11	Angiotomografía óptica coherente
12	Colocación de aparato de esfínter urinario inflable
13	Mandibulectomía total sin reconstrucción ósea
14	Vertebroplastia, estentoplastia, xifoplastia con colocación de dispositivo
15	Paniculectomía de abdomen
16	Onicoplastia con colgajo de uña

	Descripción
17	Reconstrucción del lecho ungueal con injerto de matriz ungueal
18	Reconstrucción de matriz ungueal con injerto compuesto
19	Tomografía por emisión de positrones [pet-tc]
20	Resonancia magnética de vía urinaria [urorresonancia]
21	Volumenes pulmonares por pletismografía, pre y post broncodilatadores
22	Prueba de broncoprovocación específica (alérgeno) o inespecífica
23	Tiempo activado de coagulación
24	Cofactor de ristocetina [actividad del factor von willebrand]
25	Inhibidor de factor ix
26	Inhibidor de factor viii
27	Shiguella anticuerpos ig g semiautomatizado o automatizado
28	Aspergillus spp antígeno (galactomanan) semiautomatizado o automatizado
29	Citrulina anticuerpos [anti péptido cíclico citrulinado] semiautomatizado o automatizado
30	Anti hla clase i y ii (p.R.A) cualitativo
31	Metilentetrahidrofolato reductasa [mthfr] mutación
32	Brca1 y brca2 perfil colombia
33	Pca3 para cáncer de próstata
34	Aplicación de vendaje de presión (venda de gibney, robert jones, shantz) sod

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

3.6 Mecanismos de protección y actualización de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)



La protección estatal integral del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 brinda garantía total de beneficios implícitos al usuario por medio de tres mecanismos, dependiendo de la naturaleza de dichos servicios y tecnologías y de su financiación, cuyo trámite corresponde a la Entidades Promotoras de Salud (EPS) y no al afiliado, a saber:

- 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 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 (como se verá más adelante, a través de MiPres); y,
- iii. Un Régimen de Exclusiones, el cual determina mediante un mecanismo técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente-PTC, aquellos ser-

vicios y tecnologías que por cumplir con los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley estatutaria 1751 de 2015, no serán financiados con cargo a los recursos públicos.

La UPC se fundamenta en el estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste para su cálculo, que es el instrumento técnico esencial para verificar el equilibrio en la asignación de los recursos disponibles al aseguramiento en salud y cubrir adecuadamente la prestación de los servicios y tecnologías que conforman el Plan de Beneficios. Este estudio aporta a dos de las grandes metas del sistema como lo son el mejoramiento del estado de salud de la población y los desenlaces clínicos individuales y la sostenibilidad, en virtud de los análisis que hace de cada uno de los regímenes de afiliación de manera independiente y teniendo en cuenta las diferencias existentes entre los mismos, en términos de fuentes de financiación, costos según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos.

Tabla 18. UPC régimen contributivo, subsidiado y variación anual 2018 -2019

Año	UPC Régimen Contributivo	Incremento de UPC	Incremento por actualización del Plan de Beneficios	Incremento por continuación de prestación de servicios de salud
2018	\$ 804.463,20	7,83%	3,73%	4,1%
2019	\$ 847.180,80	5,31%	1,31%	4,0%

Año	UPC Régimen Subsidiado	Incremento de UPC	Incremento por actualización del Plan de Beneficios	Incremento por continuación de prestación de servicios de salud
2018	\$ 719.690,40	7,83%	3,73%	4,1%
2019	\$ 787.327,20	9,40%	1,31%	4,0% (4,09% equiparación de prima pura)

Fuente: MSPS. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Tabla 19. Decisiones implementadas para la vigencia 2018 con la Resolución 5268 de 2017

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aplicar al régimen subsidiado un incremento del 7,83%	Aplicar al Régimen Subsidiado el incremento del Régimen contributivo.
Reconocer una prima adicional del 10% a los 363 municipios catalogados como zona especial.	Reconocer una prima adicional del 11,47% a los 363 municipios catalogados como zona especial.
Reconocer una prima adicional del 9,86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, San Juan de Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.	Reconocer una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, San Juan de Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.

Reconocer una prima adicional del 37,9% al régimen contributivo en el departamento Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia. (Zona Alejada)	Reconocer una prima adicional del 37,9% al régimen subsidiado en el departamento Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia. (Zona Alejada)												
	Que el valor diferencial indígena sobre la UPC sea de: i) el 12% para AIC y ii) del 4,81 % para el resto de EPSI.												
	Finalizar la prueba piloto de equiparación de primas puras de los dos regímenes de afiliación y equipararlas al 95 %, incluyendo indicadores de salud.												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Prima Pura (PP) RC</th> <th>Prima Pura (PP) RS</th> <th>PP RS /PP RC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>724.017</td> <td>662.115</td> <td>91,45%</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>762.463</td> <td>724.341</td> <td>95,00%</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Prima Pura (PP) RC	Prima Pura (PP) RS	PP RS /PP RC	2018	724.017	662.115	91,45%	2019	762.463	724.341	95,00%
Año	Prima Pura (PP) RC	Prima Pura (PP) RS	PP RS /PP RC										
2018	724.017	662.115	91,45%										
2019	762.463	724.341	95,00%										

Fuente: MSPS. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

3.7 Avances en la gestión de UPC por calidad



A partir de 2018 y hasta la fecha, se avanza en la gestión de lo que ha sido denominado UPC por calidad. Para ello se realizó la revisión de diferentes sistemas de salud, agentes y relaciones correspondientes a catorce países (Alemania, Australia, Bélgica, Chile, China, Corea del Sur, Estados Unidos, Irlanda, Israel, Noruega, Reino de los Países Bajos, República Dominicana, Rusia y Suiza). Estos países guardan características similares al contexto colombiano, con el propósito de identificar y comparar elementos de la cobertura de servicios y beneficios ofertados en los sistemas de salud de esas naciones, los mecanismos de pago y financiación de los beneficios en salud incluyendo características de puerta de entrada, el modelo de ajuste de riesgo desarrollado en esos lugares haciendo especial énfasis en las variables empleadas 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 los sistemas de salud, 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.

Con base en la información recolectada, se avanza en la identificación de los aspectos aplicables a Colombia considerando las actuales fuentes de información de prestaciones de salud del país, útiles para la generación del modelo de ajuste de riesgo UPC por calidad. En esta línea, con la selección de algunas patologías en las que la discontinuidad de la atención, la inoportunidad y las potenciales fallas de calidad afecten de manera directa los costos de atención en los sistemas de salud y puedan ser fácilmente identificables con los sistemas de información de prestaciones en salud actuales y referentes internacionales.

Esta tarea continúa en proceso; para cada enfermedad seleccionada se identificarán los hitos de interacción entre los servicios de salud y las tecnologías en salud requeridas, los que, basados en datos clínicos y reportes históricos de prestaciones permitirán establecer indicadores de salud y de prestación que reflejen el ajuste de riesgo orientado fundamentalmente a resultados clínicos que den cuenta de la calidad de la prestación en salud.

3.8 Mi Prescripción-MIPRES para servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC



La implementación de la herramienta de prescripción “MIPRES” cambió el modelo de gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC de los regímenes contributivo y subsidiado al eliminar el proceso para su autorización ante el Comité Técnico Científico-CTC.¹⁹ Lo anterior se ha traducido en una disminución de los tiempos de entrega de estos servicios y tecnologías.

Tabla 20. Financiación de procedimientos en salud autorizados en Colombia

Mecanismo de Protección Colectivo (afiliación a EPS)	86% (con Código de Clasificación Única de Procedimientos-CUPS)
Mecanismo de Protección Individual - Mipres	10%
Corresponde a intervenciones en salud pública, riesgos profesionales o son objeto de exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud	4%

Fuente: MSPS. Viceministerio de Protección Social

Tabla 21. Regulación

Año	Régimen	Medida	Acto administrativo
2018	Subsidiado	Establecimiento de requisitos y procedimientos para acceso, reportes de prescripción y suministro de TS no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado	Resolución 2438 de 2018
		Modificación de plazo de activación de las entidades territoriales en el aplicativo Mipres del Régimen Subsidiado	Resolución 5871 de 2018
	Contributivo	Establecimiento del procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.	Resolución 1885 de 2018

Fuente: MSPS. Viceministerio de Protección Social

Tabla 22. Comportamiento de Mipres 2018

# total de prescripciones activas en el Módulo General	5.487.936			Personas únicas	2.009.265	Promedio de prescripción por persona única	2,7
Prescripciones de Medicamentos	4.643.794	% frente al total de prescripciones	84,6%	Personas únicas	1.784.516	Promedio de prescripción por persona única	2,6
Prescripciones de Procedimientos	438.193	% frente al total de prescripciones	8%	Personas únicas	353.923	Promedio de prescripción por persona única	1,2

Fuente: MSPS. Viceministerio de Protección Social

¹⁹ Esta herramienta fue dispuesta para el régimen contributivo a partir de diciembre de 2016 y para el régimen subsidiado a partir de junio de 2018.

Para la implementación de esta herramienta en el régimen subsidiado se ha desarrollado una estrategia de asistencia técnica para el fortalecimiento de las capacidades en las entidades territoriales. Así, se ha brindado asistencia para la definición del proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro derivadas de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, con el fin de mejorar el proceso de auditoría para que, a través de reglas claras de operación e implementación, se generen los pagos a los prestadores y se eliminen las barreras que se traducen en demoras en el suministro de estos servicios y tecnologías.

Adicionalmente, a través de este proceso de capacitación se busca unificar el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, eliminando brechas regionales. A la fecha del presente informe se tiene un avance del 91,9% en la adopción de la herramienta por parte de las entidades territoriales, es decir que se ha implementado en 34 de ellas, de las cuales 30 son departamentos y 4 distritos.

De manera adicional, teniendo en cuenta que en la Ley 1955 de 2019 “por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad” se centraliza la competencia verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado en la Nación, la implementación de la herramienta de prescripción permite estandarizar procesos al interior de las EPS, IPS y proveedores, con el fin de que las prestaciones realizadas a partir del 1º de enero de 2020 sean reconocidas a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud–ADRES.

3.9 Resultados del mecanismo de exclusiones

Tabla 23. Exclusiones y mecanismo Participativo Técnico Científico (PTC)

Año	Medida	Acto administrativo	Resultado	Avance			
				Año	Medida	Acto administrativo	Resultado
2017	Construye el PTC con participación ciudadana de todos los actores en salud (presencial - por representación - y directa e individualizada, en forma virtual)	Resolución 330 de 2017, modificada por la Resolución 687 de 2018	Implementa el PTC	2018 - 2019	Aplica PTC de Res. 330 de 2017	Resolución 244 de 2019	Agrega 14 TS a la lista de exclusiones definida en 2017, para un total de 57 TS excluidas de pago con recursos de la salud
2017	Implementación del PTC de exclusiones - Primer listado de exclusiones	Resolución 5267	Lista 43 tecnologías en salud excluidas de pago con recursos de la salud				

Fuente: MSPS. Viceministerio de Protección Social

3.10 Aspectos financieros y sostenibilidad del Sistema

Liquidez y cierre financiero vigencia fiscal 2018



Para la vigencia 2018 se definió un incremento de la UPC de 7,83%. No obstante, se adoptaron las medidas presupuestales necesarias para gestionar el déficit de \$2,07 billones resultantes de dicho incremento. En ese sentido, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público adicionó \$1,31 billones que, acompañados por un mayor recaudo de cotizaciones registrados en la ejecución presupuestal de la Entidad Administradora de los Recursos de Salud-ADRES, disminuyeron el faltante que, con corte a agosto de 2018, alcanzaba los \$780 mil millones.

Para cubrir este déficit, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó las siguientes medidas: i) liberación de recursos de otros programas del Ministerio por un monto cercano a \$152.000 millones; ii) adición de recursos por mayor recaudo de cotizaciones, reintegros y recuperaciones por cerca de \$400.000 millones; y, iii) autorización para disponer por una única vez recursos de las entidades territoriales con destinación específica por un monto cercano a los \$230.000 millones, los cuales fueron reincorporados en las cuentas de dichas entidades en el primer trimestre de 2019. La ilustración a continuación evidencia el esfuerzo mancomunado de las diferentes entidades del gobierno para garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población asegurada.

Ilustración 19. Cronología del cierre del aseguramiento

Ingreso total	42.235.005	Ingreso total	44.116.275	Ingreso total	46.466.253
Gasto UPC	39.831.682	Gasto UPC	39.777.114	Gasto UPC	40.913.542
Tecnologías No PBS	2.250.000	Tecnologías No PBS	2.884.996	Tecnologías No PBS	2.884.061
Otros gastos	2.229.262	Otros gastos	2.234.547	Otros gastos	2.668.650



Fuente: MSPS. Viceministerio de Protección Social-Dirección de Financiamiento Sectorial.
Cifras en millones de pesos

Una vez garantizados los recursos para el aseguramiento producto de la gestión para el cierre de la actual vigencia se desarrolló un Plan de Choque donde el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló diferentes mecanismos para darle mayor liquidez al Sistema de Salud de los colombianos y que los ciudadanos tengan mejores servicios de salud. Dentro de los mecanismos de este plan se contempló: compra de cartera, crédito con tasa compensada FINDETER, atención a extranjeros, glosa transversal de junio de 2017 y giro previo de diciembre de 2018.

El mecanismo de compra de cartera se encuentra definido en el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013. En desarrollo de esta norma, se expidieron las Resoluciones 3239 de 2013, 889, 3029 y 5376 de 2014, mediante las cuales se reglamentó el procedimiento, los criterios, las condiciones y plazos. A su vez es importante anotar que en agosto de 2017 entró en funcionamiento la ADRES, asumiendo, entre otras, el proceso de compra de cartera reglamentado en cuanto a términos y condiciones por la Resolución 4373 de 2017.

Por otro lado, se encuentra la línea de crédito con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.–FINDETER; dicho mecanismo se enmarca en el Decreto 1681 de 2015, el cual tiene por objeto establecer las condiciones y operaciones que benefician a instituciones del sector salud destinadas a otorgar liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud, para lo cual se expidió la Resolución 3460 de 2015, modificada por la Resolución 5588 del mismo año y las Resoluciones 1121 de 2016 y 5618 de 2018, indicando las condiciones y requisitos de los beneficiarios.

A su vez, en el marco de las medidas de plan de choque, la ADRES adelantó los mecanismos de liquidez de pago previo de recobros de diciembre de 2018 y el pago de la glosa transversal certificada de junio de 2017. Finalmente es importante mencionar que dentro de este Plan se incluye el giro de \$20.000 millones a las Entidades Territoriales en el marco de la Resolución 5869 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, para atención a la población extranjera.

En la siguiente tabla se muestran los valores girados tanto a las IPS como a las EPS por cada uno de los diferentes mecanismos asociados a este plan de choque.

Tabla 24. Medidas y valores girados nuevo Plan de Choque (cifras en millones de pesos)

Medidas	IPS			Proveedor	EPS	Total
	Pública	Privada	Mixta			
Compra de cartera	46.562	28.378	5.000	-	-	79.940
FINDETER	-	113.600	-	-	-	113.600
Glosa transversal junio de 2017	1.437	47.097	1.768	13.096	-	63.398
Giro previo diciembre de 2018	1.040	135.306	1.771	32.206	54.677	225.000
Atención a extranjeros (girado a ET)						20.000
Total						501.938

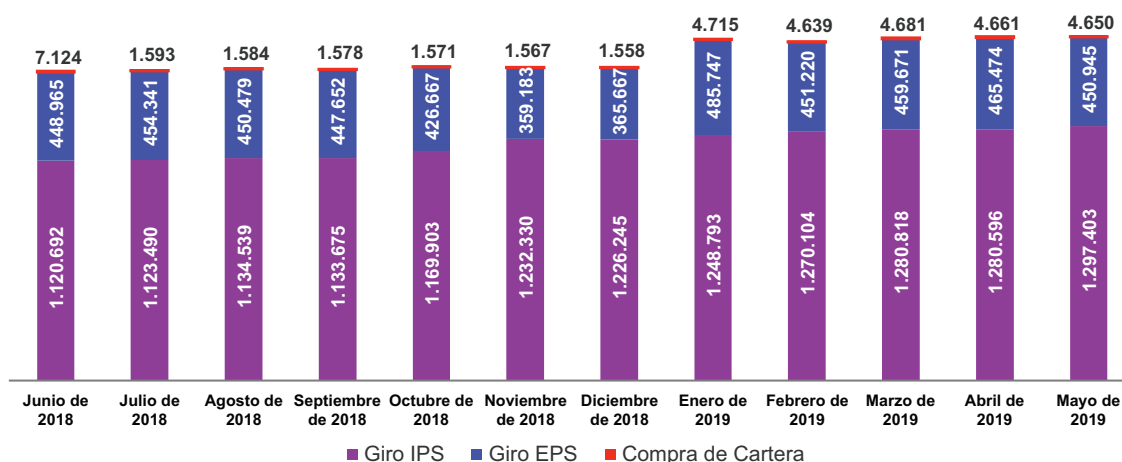
Fuente: MSPS. Dirección de Financiamiento Sectorial–ADRES. Corte: 28 de mayo de 2019.

Giro Directo–Régimen Subsidiado

Actualmente, los recursos del régimen subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP), de ADRES, de aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN) y del esfuerzo propio departamental y municipal son girados directamente a las EPS e IPS en nombre de las entidades territoriales, los cuales corresponden a la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del régimen subsidiado, soportada por la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA.

Mediante dicha medida, entre junio de 2018 y mayo de 2019 se han girado \$19,7 billones de pesos, de los cuales el 73,4% (\$14,5 billones) fueron girados a las IPS y proveedores, así: el 46,5% se giró a las IPS privadas, seguido de un 41,4% a las IPS públicas, 0,6% a IPS de carácter mixto y 11,6% a proveedores. A continuación, se muestra la evolución del giro directo del régimen subsidiado para el período comprendido entre junio de 2018 a mayo de 2019:

Ilustración 20. Evolución giro directo IPS, proveedores y EPS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Fecha de corte, mayo de 2019.

Cifras en millones de pesos corrientes

Así mismo, se precisa que en el marco de la compra directa de cartera con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías (hoy recursos de recuperación de cartera de la ADRES), se han descontado a las EPS del régimen subsidiado, por las compras realizadas en dicho período, \$39.921 millones de pesos, correspondiente al 0,28% de los recursos girados directamente a las IPS y proveedores.

Giro Directo–Régimen Contributivo

El artículo 10 de la Ley 1608 de 2013 estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA (hoy ADRES). Como resultado de la aplicación de la reglamentación, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir de junio de 2014 y se mantiene vigente en la actualidad. A continuación, se muestra la evolución del giro directo del régimen contributivo para el periodo comprendido entre 2018 (junio) a 2019 (marzo):



Tabla 25. Giro directo IPS y proveedores (cifras en millones de pesos)

EPS	Junio–diciembre 2018	Enero–marzo 2019	Jun. 2018– Mar.2019
Mixta	20.690	18.465	39.155
Privada	2.520.936	1.290.010	3.810.947
Pública	217.029	92.314	309.343
Proveedor	84.073	39.307	123.379
Total	2.842.728	1.440.097	4.282.824

Fuente: ADRES

Finalmente, se señala que en el marco del artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, para el período comprendido entre 2018 (junio) a 2019 (mayo) se han girado \$4,28 billones de pesos a la Red Prestadora de Servicios de Salud y Proveedores.

3.11 Acuerdo de Punto Final para enfrentar las deudas acumuladas en el Sistema



En la actualidad existe un acumulado de cuentas 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) que impactan en la liquidez del sistema de salud e inciden 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.

Esta acumulación se debe al hecho de que a las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios en Salud–EAPB²⁰ se les reconoce de manera ex ante solo lo que se financia a través de la UPC (i.e. mecanismos de protección colectivo) y que el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados por ella se realiza en forma ex post (i.e. mecanismo de protección individual) tras surtir procesos de auditoría complejos y diferentes en cada régimen y por efectos del incremento en la demanda de los servicios que se financian por el mecanismo de protección individual y otros factores.

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 se ha constituido en una carga desigual para las entidades cobrantes y recobrantes ya que los flujos y comportamientos en el pago varían en cada entidad territorial. De manera adicional, propicia la existencia de múltiples interpretaciones sobre aspectos como: i) los contenidos del Plan de Beneficios en Salud–PBS; ii) las zonas grises que se fueron afinando a través de los años;

²⁰ Son las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), últimas integradas por las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Entidades Adaptadas. Ellas, entre otras funciones, se encargan de administrar el riesgo en salud de sus afiliados

iii) los requisitos esenciales; iv) la llegada al país de nuevos desarrollos tecnológicos; y, v) los desarrollos jurisprudenciales respecto a la integralidad del derecho a la salud, lo cual ha generado que en el sistema se mantengan deudas registradas o no aclaradas ya que las EABPS e IPS consideran que, al haber prestado los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC tienen derecho al pago y 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 de un acuerdo de punto final que 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, así como lograr cambios en las prácticas financieras del sector, promover el gasto eficiente y obtener una mayor estabilidad para los actores del SGSSS con el objetivo de prevenir una nueva acumulación de cuentas sin conciliar. En el marco de lo anterior se adelantaron las siguientes actividades:

- Se determinó la deuda nacional a partir de cruces de información con las EPS con mayores acreencias.
- Se definieron, identificaron, valoraron y clasificaron las posibles deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiada con la UPC, reconocible y no reconocibles.
- Se definieron los instrumentos legales necesarios para el saneamiento en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo.
- Se avanzó en desarrollar mecanismos financieros para pagar y administrar la deuda Nacional (reglas de cofinanciación y operación para el pago de la deuda Nacional y cofinanciar la deuda territorial).
- Se trabajó en la definición de las metas, rutas y políticas requeridas para la racionalización de gasto eficiente y la optimización en el uso de los recursos a través de los cuales se garantiza el aseguramiento en salud y la consecuente prestación eficiente de los servicios de salud.

Producto de las labores adelantadas y para efectos de desarrollar las políticas públicas del acuerdo de punto final, se incluyeron las siguientes estrategias en la Ley 1955 de 2019 “por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”:

- En los artículos 237 y 238 se contemplaron las medidas de reconocimiento y pago de obligaciones por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC para generar liquidez para las EAPBS y entidades prestadoras, así como la implementación de estrategias conjuntas que permitan cambiar la manera de reconocer los servicios y tecnologías no financiados con la UPC. En el artículo 238 se habilitaron fuentes para el pago de las deudas territoriales.
- A través del artículo 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 artículo 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.
- En el artículo 242 se contemplaron nuevas medidas de control del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Adicionalmente, se trabaja en la ejecución de las estrategias señaladas, para lo cual se conformó un grupo de expertos y una ruta para el diseño del acuerdo y se estableció el cronograma de trabajo para la materialización de lo contenido en la Ley del Plan.

3.12 Avances en la Política Farmacéutica



Los siguientes son los avances que se han surtido entre julio de 2018 y mayo de 2019 en el marco de la política:

Estrategia 1. Información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de medicamentos

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

- **Medicamentos a un Clic:** Herramienta fundamental para que los profesionales de la salud, diferentes grupos poblacionales y la ciudadanía en general puedan tomar mejores decisiones para su salud y por ende para el sistema. La herramienta se encuentra publicada en el siguiente enlace: www.medicamentosau clic.gov.co. Durante el período comprendido entre julio 2018 y junio 2019 se avanzó en:
 - Elaboración de 30 monografías de principios activos, condiciones de salud o grupos terapéuticos.
 - Revisión de los contenidos temáticos de 2380 monografías de principios activos, grupos terapéuticos y condiciones de salud elaboradas y cargadas durante los años 2015, 2016 y 2017, las cuales son de revisión y actualización permanente.
- **Sistema de información de Precios de Medicamentos–SISMED:** Hace parte del desarrollo de la Estrategia 4 de la Política Farmacéutica Nacional. Es una herramienta de apoyo a la política de regulación de precios de medicamentos, cuya función es monitorear los niveles de precios de medicamentos en la cadena de comercialización. Fue creada a través de la Circular 01 de 2017 modificada por la Circular 02 de 2011 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos–CNPMDM.
- Desde julio de 2018 a junio de 2019, ha tenido modificaciones relacionadas con la forma de reporte que se evidencian en la Circular 06 de 2018 del 06 de Agosto

de 2018 y actualmente se está implementando el nuevo anexo determinado en dicha circular con el fin de que a partir de enero de 2020, las entidades realicen el cargue de información con base en las actualizaciones. La información es reportada de manera trimestral; una vez validada, se actualiza y puede ser consultada a través del siguiente enlace <http://web.sispro.gov.co>

- **Sistema de Información de Precios de Dispositivos Médicos–SISDIS:** Hace parte del desarrollo de la Estrategia 4 de la Política Farmacéutica Nacional. Es una herramienta de apoyo a la política de regulación de precios de dispositivos médicos, cuya función es monitorear de manera efectiva la dinámica de los precios a través de la cadena de comercialización. Fue creada a través de la Circular 02 de 2017 de la CNPMDM. La información es reportada de manera trimestral. Desde julio de 2018 a junio de 2019, se han realizado 4 reportes trimestrales de precios de dispositivos médicos sometidos a control directo y libertad vigilada.
- **Termómetro de precios de medicamentos:** Es un aplicativo que contiene que contiene los precios reportados en el último año al SISMED. Los precios que se presentan en el termómetro son solo indicativos y corresponden a los precios más altos reportados por los laboratorios al SISMED. Esta herramienta es útil para comparar los precios y conocer la oferta de medicamentos que contienen un mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica. Desde julio de 2018 a junio de 2019, se han actualizado los precios a la fecha y se ha ajustado la estandarización de la descripción de los medicamentos de acuerdo a la base administrativa del INVIMA. la información puede ser consultada a través del siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/termometro-de-precios.aspx>
- **Listado de medicamentos con precios controlado y/o referencia:** Esta base de datos incluye todos los medicamentos que, a la fecha, cuentan con un precio máximo de venta, precio de recobro o precio de referencia en Colombia de acuerdo con las disposiciones de la CNPMDM. Desde julio de 2018 a junio de 2019, se ha venido actualizando la información de precios de acuerdo a la base de datos del SISMED y las circulares emitidas por la Comisión, así como la estandarización de la descripción de los medicamentos de acuerdo a la base administrativa del INVIMA. La información puede ser consultada a través del siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/listado-de-medicamentos-con-precio-controlado.aspx>
- **Mi prescripción en línea MIPRES:** Esta herramienta tiene como fin permitir la prescripción de tecnologías No financiadas con recursos de la UPC por parte de los profesionales de la salud. En el periodo de Julio de 2018 a Junio de 2019, se han dispuesto dentro de la plataforma MIPRES, los medicamentos que obtienen registro sanitario y a los cuales les realizan modificaciones para que puedan ser prescritos a la población colombiana. Esta plataforma está disponible en: <https://mipres.sispro.gov.co/MIPRESNOPBS/Login.aspx>
- **Reporte de Transferencias de Valor entre actores del Sector Salud:** La Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de Minsalud expidió la Resolución 2881 de 2018 “Por el cual se crea el registro de Transferencias de Valor entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud” como herramienta para contribuir al acceso a la información pública y a transparentar

las relaciones entre la industria farmacéutica y de dispositivos y los actores del sector salud. A 30 de junio de 2019 se han llevado capacitaciones con los actores obligados a reportar, la plataforma PISIS se encuentra habilitada para el reporte pedagógica hasta diciembre 31 de 2019 y se trabaja en la publicación de un documento Abecé instructivo para el reporte de Transferencias de Valor.

Estrategia 4. Instrumentos para la regulación de precios de medicamentos y monitoreo del mercado

El Ministerio de Salud y Protección Social y la CNPMDM, entre 2010 y 2019, han implementado 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.

La Circular 03 de 2013 creó la metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos en Colombia, donde se 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.

Entre julio de 2018 y 30 de mayo de 2019, la Comisión ha realizado dos procesos regulatorios en los que se han incorporado al régimen de control directo 821 presentaciones comerciales, estimando ahorros de \$360.000 millones por la Circular 7 de 2018²¹ y la Circular 8 de 2018²².

En aplicación de la metodología contenida en la Circular 03 de 2013 de la CNPMDM, se han regulado cerca de 1.900 presentaciones comerciales, los cuales han presentado una reducción promedio del 48,2% de su precio, lo que ha significado ahorros para el SGSSS de \$ 5.095.382.368.184,8 desde enero de 2014 hasta el diciembre de 2018. Por año, esta cifra se distribuye así:

Estos ahorros se pueden consultar en la plataforma SINERGIA del DNP en el enlace: <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#IndicadorProgEnt/26/1239/4977>

De otro lado, los más de cinco billones de pesos que se dejaron de gastar en estos medicamentos regulados en su mayoría siguen siendo destinados al gasto en medicamentos por dos vías: i) mayor acceso a tratamientos de los pacientes tanto en los medicamentos regulados como en otras tecnologías, pues un menor costo implica que mayor población puede ser tratada, y ii) en algunos casos, los laboratorios farmacéuticos pueden incrementar los precios de otros productos para compensar parcialmente el efecto de la regulación sobre sus ventas.

En el caso de los dispositivos médicos, la CNPMDM también ha adelantado actividades encaminadas a la regulación de este mercado. En 2018, con la expedición de la Circular 05 de 2018, se somete a Libertad Vigilada los dispositivos médicos anticonceptivos de barrera.

La tabla a continuación presenta los logros alcanzados respecto a la Política de precios de medicamentos que se contempla en la Política Farmacéutica Nacional:

21 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”

22 “Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018”

Tabla 26. Logros de la Política de Regulación de precios de medicamentos 2018

Año	Logros
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Expedición del Decreto 433 de 2018 para la regulación de precios de medicamentos a partir de su valor terapéutico, modificado por el Decreto 710 de 2018. • Ahorro de \$ 998.725.149.681,30 por concepto de regulación de precios de medicamentos. • Expedición de la Circular 07 de 2018 que incorpora al Régimen de Control Directo 902 presentaciones y es modificado parcialmente por la Circular 08 de 2018, excluyendo 80 presentaciones.

Fuente: MSPS. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (DMTS)

Estrategia 5. Fortalecimiento de la rectoría y del sistema de vigilancia con enfoque de gestión de riesgos

Medicamentos Biológicos:

En relación con esta estrategia, se ha venido trabajando en la expedición de guías que reglamentan el Decreto 1782 de 2014, el cual da las pautas para los trámites de registro sanitarios de medicamentos biológicos tanto competidores como innovadores con el fin de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de este tipo de medicamentos.

Para el periodo de julio de 2018 a junio de 2019, se ha venido avanzado en:

- Proyecto de resolución Guía de Comparabilidad de Medicamentos Biológicos y sus diferentes etapas: Esta guía da lineamientos para la realización y evaluación del ejercicio de comparabilidad completo o de alguna de sus fases, entre medicamentos biológicos competidores (Biosimilares) y uno de referencia.
- Construcción y actualización de la guía de planes de gestión de riesgos en conjunto con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

Medicamentos de Síntesis Química:

Los requisitos para la obtención de los registros sanitarios de medicamentos de síntesis química están contemplados en el Decreto 677 de 1995 y sus modificatorias; ésta norma dispone que los interesados en obtener ante el INVIMA el correspondiente registro sanitario, deberán aportar los estudios de estabilidad que determinan el periodo de vida útil del producto. Por lo anterior en julio de 2018, este Ministerio emitió la:

- Resolución 3157 de 2018 del 26 de Julio de 2018, por la cual se expide la “Guía para el desarrollo y presentación de los estudios de estabilidad de medicamentos de síntesis química” con el fin de realizar una actualización sanitaria en los requisitos para la realización de los estudios de estabilidad, considerando entre ellos que en años anteriores Colombia fue clasificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe 43 (“WHO Technical Report Series, número 953, 2009), en la zona climática IVb.

Medicamentos Fitoterapéuticos:

Se expidió el Decreto 1156 de 2018 “Por el cual se reglamenta el régimen de registro sanitario de productos fitoterapéuticos y se dictan otras disposiciones” que corresponde a una

actualización de la normatividad sanitaria, además de una simplificación de trámites que consiste en: aprobar y renovar de forma automática los registros sanitarios de productos fitoterapéuticos clasificados como productos fitoterapéuticos de uso tradicional, así como modificaciones automáticas cuando se trate de cambios en el ámbito legal que surten los registros sanitarios emitidos para todos los productos fitoterapéuticos, en cumplimiento de los lineamientos de la estrategia de Gobierno en Línea y del Plan Anticorrupción.

Por otra parte, en el Decreto se establece la condición de venta libre para los productos fitoterapéuticos de uso tradicional, lo cual, aunado a la simplificación de trámites anteriormente expuesta contribuye a mejorar sus condiciones de comercialización.

Finalmente, en el caso del cannabis medicinal, el decreto contempla la posibilidad de emitir registro sanitario para productos fitoterapéuticos con actividad psicoactiva. Lo anterior en atención a los artículos 3, 5, 6 de la Ley 1787 de 2016 y artículo 2.8.11.3.2. del Decreto 613 de 2017.

Medicamentos con Uso No Incluido en el Registro Sanitario:

Teniendo en cuenta la entrada en vigencia de la Resolución 1885 de 2018 “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones” definida para el régimen contributivo y la Resolución 2438 de 2018 “Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”, donde se establece el procedimiento de nominación, evaluación y aprobación de Usos no Incluidos en el Registro Sanitario–UNIRS.

Durante el periodo comprendido entre julio de 2018 a junio de 2019, este Ministerio en conjunto con INVIMA realizo las siguientes actividades:

- Diseño de un formato para la nominación del medicamento con uso no incluido en el registro sanitario y su correspondiente guía de diligenciamiento.
- Socialización a las sociedades científicas sobre el nuevo procedimiento
- Construcción de un documento que contiene el ABECE que contiene las preguntas más frecuentes relacionadas con el tema.

Estrategia 7. Adecuación de la oferta de medicamentos a las necesidades de salud nacional y regional

Teniendo en cuenta que, Colombia desde el año 2016 ha venido creando un marco regulatorio que permite el acceso seguro e informado al uso médico y científico del Cannabis y sus derivados en el territorio nacional. Frente al proceso de licenciamiento para la fabricación de derivados de Cannabis para uso médico y científico, durante el periodo comprendido entre julio de 2018 hasta junio de 2019, se han tenido los siguientes avances:

- Expedición de la Resolución 2986 de 2018 “Por la cual se establece el manual tarifario de evaluación y seguimiento y control aplicable a las licencias de fabricación de derivados de cannabis para uso medicinal y científico
- A 30 de Junio de 2019 se han emitido 70 actos administrativos de aprobación, del licenciamiento para fabricación de derivados de cannabis. El listado de estos actos administrativos las licencias otorgadas se encuentra disponible en la página web de este Ministerio, en el enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/licencia-fabricacion-cannabis-uso-medicinal.pdf>
- 24 actos administrativos de cupos correspondientes a negación, aprobación o desistimiento.

Estrategia 8. Desarrollo e implementación de programas especiales de acceso a medicamentos.

Compra centralizada de medicamentos:

Dentro de las actividades desarrolladas en esta estrategia y con el propósito de: i) mejorar la equidad, ii) promover la eficiencia técnica y la distribución de los recursos y iii) asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud y en cumplimiento a los mandatos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se instó a los países a promover esfuerzos para eliminar y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud, entre estas la hepatitis C considerado como uno de los nuevos desafíos de los sistemas de salud ya que impacta especialmente la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente por el costo de los medicamentos que se requieren para tal fin.

Teniendo en cuenta lo anterior, entre julio de 2018 y Junio de 2019, se ha llevado a cabo:

- Segunda Compra de 379 tratamientos —1.137 botellas—, el 30 de agosto de 2018, con la cual se estimaron ahorros al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por de \$39.000 millones.
- Tercera compra de 961 tratamientos, el 2 de mayo de 2019, con la generación de ahorros por \$82.000 millones
- Envío de tratamientos para la Hepatitis C a 14 EPS del Régimen Contributivo y dos entidades territoriales —Barranquilla y Cundinamarca— para el periodo comprendido entre agosto de 2018 y mayo de 2019.

A marzo de 2019 y de acuerdo con datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC), se han obtenido tasas de curación del 96% y se han beneficiado 1.005 pacientes, de acuerdo con los casos reportados a la CAC por las EPS desde el inicio de la estrategia.

Estrategia 9. Diseño de redes de servicios farmacéuticos.

Este diseño de esta estrategia se plasmó en el documento técnico elaborado en el marco del contrato Administrativo 436 de 2016 (entre el Ministerio de Salud y Protección social– Dirección de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias y la Universidad Nacional de Colombia)

titulado Propuesta del Manual de Gestión de Servicios Farmacéuticos en el Marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con contenidos y recomendaciones específicos para los departamentos de Colombia (en áreas urbanas, dispersas y rurales).

Este documento tiene como base una revisión del marco de referencia internacional sobre los servicios farmacéuticos en la Atención Primaria en Salud (APS), seguido de una revisión de la normativa vigente en Colombia relacionada con la implementación de la estrategia de APS y de la regulación vigente de servicios farmacéuticos. En la última parte del documento se muestra la comparación de esta normativa con las características esperadas de los servicios farmacéuticos basados en APS de acuerdo con los lineamientos establecidos por la OPS/OMS. Adicionalmente, se realizó un cuestionario que permitió hacer un diagnóstico del desarrollo de la estrategia de APS en diferentes servicios farmacéuticos habilitados de diferentes zonas del país.

Actualmente, este documento propuesto de manual se encuentra en revisión por parte de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio para el desarrollo, y/o actualización de la regulación vigente frente a los ítems identificados como necesarios de reglamentar. Así mismo, se destaca que desde esa dependencia se están analizando además los cambios necesarios en el marco de la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, con el fin de implementar la Política de Atención Integral en Salud-PAIS.

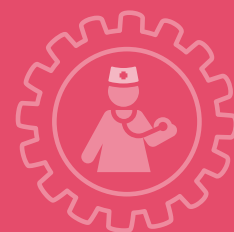
Estrategia 10. Promoción del uso racional de medicamentos

Teniendo en cuenta que el Plan Nacional de Respuesta a la Resistencia a Antimicrobianos se encuentra publicado y que contiene claros objetivos con líneas estratégicas definidas, las cuales no sólo fueron desarrolladas por los principales actores, sino que se sometieron a consulta ciudadana, desde el periodo comprendido entre julio de 2018 y junio de 2019 se ha venido realizando:

- Priorizaron de las actividades estratégicas del plan según su viabilidad actual y potencial impacto.
- Avance en la línea estratégica 1: “Comunicación, educación y formación efectivas para la concienciación y comprensión de la resistencia a los antimicrobianos”, en este periodo se diseñaron las tres fases de una campaña educativa dirigida a la comunidad en general y se gestionaron recursos para su puesta en marcha.
- Avance en la Línea estratégica 4 “Uso óptimo de los antimicrobianos en la salud humana, salud animal y el control fitosanitario”, Se cuenta con un primer borrador de proyecto normativo para contrarrestar la venta de antibióticos sin fórmula médica en el país.
- Revisión de información de consumo de antibióticos en el país para informar la toma de decisiones.
- Elaboración de propuesta de pacto de autorregulación a llevar a cabo con droguistas y propietarios de droguerías, para trabajar en la lucha contra la resistencia bacteriana.



4. Calidad en la prestación de los servicios, infraestructura y dotación en salud y desarrollo del talento humano del sector



4.1 Modelo de acción Integral Territorial–MAITE

Para el desarrollo e implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, entendido como 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.

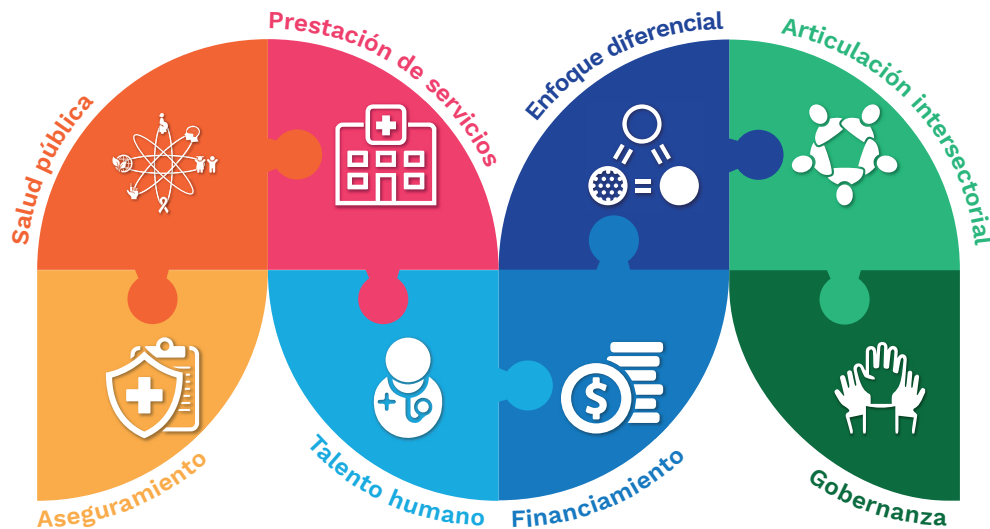
Son objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial los siguientes:

- 4.1.1. Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
- 4.1.2. Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.
- 4.1.3. Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.
- 4.1.4. Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.
- 4.1.5. Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

Se definen ocho (8) líneas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial, para de esa manera, dar respuesta a las prioridades de salud de las personas, las familias y las comunidades, propiciando confianza en el sistema de salud y sus instituciones, todo ello fundamentado en relaciones interinstitucionales fluidas y transparentes que permitan abordar de una mejor manera los determinantes sociales de la salud, reposicionando la salud pública como eje transformador, bajo el liderazgo de las autoridades en salud y su articulación con los demás agentes del sistema de salud, estas comprenden acciones y herramientas agrupadas que le permiten organizarse y desplegarse en los territorios en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada territorio. MAITE se convierte en el instrumento de gestión para que lo planteado en la política se realice rápida y efectivamente, con el objetivo de mejorar sensiblemente las prioridades en salud identificadas por cada territorio.



Ilustración 21. Una innovación fundamental en salud: MAITE



Fuente: MSPS

Para la materialización de las acciones del Modelo en los territorios se debe formular, ejecutar, monitorear y ajustar un plan de acción territorial que especifique las prioridades en cada línea de acción, los responsables, los compromisos, productos, indicadores y tiempos de ejecución de las acciones requeridas para el logro de los objetivos. Dicho plan deberá desarrollarse en las siguientes fases:

Formulación del Plan de Acción Territorial MAITE. Se refiere al proceso mediante el cual las entidades departamentales y distritales de salud, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, identifican las prioridades del territorio en cada línea de acción del Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE y especifican los compromisos, responsables, productos, indicadores y tiempos de ejecución. En esta fase se procederá a incorporar los avances realizados en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud en las líneas de acción correspondientes.

Ejecución del Plan de acción territorial MAITE. Fase en la cual se implementa el plan de acción aprobado por parte de los departamentos y distritos, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez esté definido el plan de acción MAITE, el departamento trabajará con las autoridades municipales para su ejecución.

Monitoreo del Plan de acción territorial MAITE. Durante esta fase se efectúa la verificación trimestral del avance en cada uno de los compromisos establecidos en el Plan. La entidad territorial reportará al Ministerio de Salud y Protección Social el resultado de este monitoreo, dentro de los treinta días siguientes a su vencimiento.

Ajuste del Plan MAITE. En el tercer trimestre de cada año, el departamento o distrito hará una revisión integral del plan de acción MAITE y determinará la necesidad de realizar las modificaciones que se requieran para garantizar el cumplimiento del mismo, sin perjuicio de que con base en el monitoreo trimestral, la entidad territorial efectúe los ajustes que considere. En caso de ajustes al Plan deberá comunicarse al Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante el período, se avanzó en la identificación de necesidades propias de cada departamento o distrito, la definición de agenda de trabajo y la concertación y adopción de planes de acción entre el territorio y el Ministerio. Actualmente se cuenta con 39 Planes de Acción de MAITE concertados y firmados por las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, que con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentran en ejecución. Los Planes de acción MAITE tendrán una vigencia máxima hasta junio de 2020, y las acciones y herramientas allí desarrolladas serán insumo para la formulación del siguiente plan de acción, es así que una vez se haya adoptado el nuevo Plan, este tendrá una vigencia de cuatro (4) años. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los indicadores para el monitoreo del desarrollo y avances de Modelo, así como la periodicidad del seguimiento, con el propósito de verificar los resultados de la implementación del Modelo en las entidades territoriales.

4.2 Programa de Acción Inmediata en Hospitales “AI Hospital”

Una de las principales iniciativas del Ministerio es el avance en el diseño y puesta en marcha de del Programa de Acción Inmediata en Hospitales – “AI Hospital”– en zonas estratégicas.

El Programa “AI Hospital” comprende cinco líneas de acción:

- Fortalecimiento de los servicios promocionales y preventivos en los territorios.
- Fortalecimiento de los servicios de salud que prestan los hospitales públicos en todos los niveles de complejidad.
- Mejoramiento de la calidad de los servicios y la gestión clínica.
- Mejoramiento de la gestión administrativa, financiera y la liquidez;
- Implementación de procesos de formación continua del talento humano.

Ilustración 22. Programa “AI Hospital”



Fuente: MSPS

En este programa, la infraestructura, la dotación y los sistemas de información son áreas de gestión priorizadas para el logro de los objetivos planteados para prestar más y mejores servicios de salud. Al inicio de la implementación de “Al Hospital” se priorizaron ocho hospitales públicos considerando las debilidades en la prestación de servicios y, por ende, dificultades en la calidad de la atención que reciben los usuarios, así: San Andrés, Maicao (La Guajira), Valledupar (Cesar), Quibdó (Chocó), Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño), Leticia (Amazonas) y Puerto Carreño (Vichada).

Uno de los resultados es la capacitación de cerca de mil funcionarios de los hospitales en aspectos como uso seguro de medicamentos y humanización de los servicios médicos.

Se resalta dentro de los resultados del programa, en San Andrés, el incremento del 50% en los procedimientos quirúrgicos realizados y el mejoramiento de la suficiencia de medicamentos e insumos.

También, se construyó y concertó un cuadro de indicadores para el seguimiento de la estrategia y un índice compuesto de gestión para aplicarlo a los hospitales del país con periodicidad trimestral, desde septiembre de 2019.

4.3 Infraestructura y dotación en salud



Actualización normativa de infraestructura en salud

Se adelanta un proceso de actualización de la Resolución 4445 de 1996, con el fin de establecer criterios para el diseño y construcción de infraestructura en salud. En este marco se adelantaron reuniones de socialización de la misma y está en proceso de revisión interna para su publicación en página web para consulta ciudadana y posterior expedición.

De otra parte, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la capacidad gerencial de las entidades territoriales asociada a la gestión de proyectos de infraestructura en salud y dotación hospitalaria, está en trámite de expedición de una Resolución que define las reglas y los requisitos para conceptos técnicos de viabilidad de estos proyectos.

Fortalecimiento de la capacidad instalada

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 Programa Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes (PTRRMR) de Empresas Sociales del Estado (ESE) y los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud. Como resultado se emitieron 99 conceptos técnicos de viabilidad de proyectos a ser financiados con diferentes fuentes, 54 de infraestructura en salud y 45 de dotación hospitalaria.

Con recursos del Presupuesto General de la Nación, desde 2012 hasta la fecha se han cofinanciado 186 proyectos de capacidad instalada de 172 entidades beneficiarias ubicadas en 25 departamentos, por un valor de \$ 228.021 millones a los cuales se les hace segui-

miento. A 30 de mayo continúan en ejecución 45 proyectos de 45 entidades beneficiarias ubicadas en 16 departamentos, con un monto que asciende a \$ 138,7 millones.

Es de señalar, que entre julio de 2018 y mayo de 2019 se han inaugurado obras y entregado dotación hospitalaria con el siguiente detalle:

Tabla 27. Dotación e infraestructura hospitalaria

Departamento	Municipio	ESE	Proyecto
Antioquia	Caucasia	Hospital cesar Uribe Piedrahita	Ampliación de la Torre de Hospitalización
Boyacá	Moniquirá	Hospital Regional de Moniquirá	Construcción del nuevo Hospital
Boyacá	Santana	Centro de Salud de Santana	Construcción del nuevo Centro de salud Santana
Boyacá	Tunja	Santiago de Tunja	Construcción Hospital Local de Tunja I Etapa
Boyacá	Sogamoso	Hospital Regional de Sogamoso	Unidad Materno Perinatal del Hospital Regional de Sogamoso ESE
Departamento	Municipio	ESE	Proyecto
Huila	Garzón	Hospital Departamental San Vicente de Paúl	Adquisición de Un Equipo de Tomografía Computarizada
Córdoba	Montería	VIDASINÚ	Construcción del Centro de Salud La Granja
Sucre	Sucre	Hospital Local Santa Catalina de Sena	Infraestructura
Bolívar	Simití	Hospital San Antonio de Padua	Infraestructura y Dotación de equipos para una ESE de mediana complejidad
Valle del Cauca	Cali	Red de Salud Centro	Remodelación Reforzamiento estructural y reordenamiento Arquitectónico de La IPS Cristóbal Colón
Valle del Cauca	Cali	Red de Salud Sur Oriente	Adecuación salas de parto para la IPS Hospital Carlos Holmes Trujillo

Fuente: MSPS. Dirección de Prestación y Servicios y Atención Primaria

4.4 Prevención y atención de emergencias y desastres



Colombia, por su posición geográfica, condiciones ambientales y sociales, está expuesto a un panorama importante de amenazas que hacen que el país sea proclive a ser afectado por situaciones de emergencia o desastre. En este orden de ideas, eventos naturales tales como fenómenos climáticos, sísmicos, volcánicos y los asociados a la actividad humana, como los accidentes tecnológicos, el conflicto armado, las movilizaciones sociales, entre otros, se constituyen en generadores de riesgo para la salud de las comunidades afectadas.

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 (OGTEYD) del MSPS contribuye con el fortalecimiento de las capacidades de las direcciones territoriales de salud a través de la coordinación con las demás dependencias del Ministerio para el mejoramiento de los procesos de gestión territorial en salud, con criterios de eficacia y efectividad, con el fin de identificar problemas, planificar, implementar y monitorear intervenciones.

Así mismo, promueve la participación social y ciudadana a través del fortalecimiento de los espacios de participación y control social en la gestión de las entidades del sector salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación del servicio a los usuarios del sistema.

Programa Emergencias Sanitarias

A través de las Resoluciones 158 de 2018 y 2911 de 2018 se desagregaron y adicionaron recursos, respectivamente, para el fortalecimiento la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades del sector salud, con el fin de atender adecuadamente a sus responsabilidades, especialmente las relacionadas con los preparativos, la atención de emergencia sanitarias en el territorio nacional y con el fin de fortalecer las siguientes actividades:

- **Fortalecimiento del Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias:** Se realizaron transferencias por valor de 318 millones de pesos para el fortalecimiento de los Centros Reguladores Urgencias y Emergencias, con el fin apoyar la gestión y compra de elementos o servicios que permitan mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de apoyo en la atención de salud a las personas afectadas por urgencias, emergencias y desastres. (ver tabla siguiente).

Tabla 28. Fortalecimiento Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias

Vigencia	Fortalecimiento	Valor
2018	Secretaría Departamental de Salud de La Guajira	\$ 159.312.000
	Instituto Departamental de Salud Norte de Santander	\$ 159.312.000
Total		\$ 318.624.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2018, Resoluciones 0158 y 3646 de 2018

- **Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva, Centro Nacional de Comunicaciones y Fortalecimiento Institucional:** Con el fin de apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realizó las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer el Centro Nacional de Reserva del Sector Salud y la respuesta sectorial ante desastres (ver tabla siguiente).

Tabla 29. Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva

Vigencia	Fortalecimiento	Valor
2018	Centro Nacional de Reserva	\$722.921.200
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$184.863.736
	Fortalecimiento Institucional para La Gestión Territorial, Participación Social, Gestión del Riesgo de Desastres y Atención Humanitaria en Salud.	\$811.926.252
Total		\$1.719.711.188

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2018, Resolución 0158/2018 Y 3646/2018

Para la vigencia 2019, se tienen dispuestos recursos por valor de \$ 1.241 millones de pesos.

Plan Nacional de Salud Rural

La finalidad de este programa es contribuir con el mejoramiento de los servicios básicos e integrales de salud, es decir tanto a las personas como el medio ambiente, orientados a atender las poblaciones menores de 50 mil habitantes, pobres, rurales y marginadas urbanas del país a través de cofinanciación de proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la citada población.

Por otra parte, El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social asignó en la vigencia 2018 recursos por valor de \$11.139.280.693, para cofinanciar 61 proyectos en los componentes de ambulancias, dotación equipo médico, infraestructura en salud, unidad médico odontológicas y otros (planta eléctrica, equipos de comunicaciones y atención en salud ETCR), para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud en el territorio nacional. En la siguiente tabla, se muestra un resumen de las inversiones en salud en el periodo analizado:

Tabla 30. Plan Nacional de Salud Rural Vigencia 2018

Tipo de proyecto	Total asignado (en pesos)	Total proyectos apoyados	Total departamentos beneficiados	Total municipios beneficiados
Infraestructura en Salud	1.186.500.000	3	3	3
Dotación Equipo Médico	732.000.000	3	3	3
Otros (planta eléctrica, equipos de comunicaciones y atención en salud ETCR)	6.465.980.693	32	17	31
Transporte Asistencial (TAB,TAM)	2.394.800.000	21	13	21
Unidad Médico Odontológica	360.000.000	2	2	2
Total	11.139.280.693	61		

Fuente: OGTEyD–Base de asignaciones

Para la vigencia 2019, se disponen recursos por valor de 11.148 millones de pesos, con el fin de apoyar el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud

Se encuentran destinadas a desarrollar proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la población pobre y sin capacidad de pago en del 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.

Así mismo, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social asignó en la vigencia 2018 recursos por valor de \$60.278.784.633, para cofinanciar 73 proyectos en los componentes de ambulancias, dotación equipo médico, infraestructura en salud, unidad médico odontológicas y otros (mejoramiento de sistemas de información e insumos), para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud en el territorio nacional.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de las inversiones en salud en el periodo analizado:

Tabla 31. Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Vigencia 2018

Tipo de proyecto	Total asignado (en pesos)	Total proyectos apoyados	Total departamentos beneficiados	Total municipios beneficiados
Infraestructura en Salud	31.392.384.677	11	8	10
Dotación Equipo Médico	22.263.799.956	11	9	11
Otros (mejoramiento sistemas de información e insumos)	1.480.000.000	4	4	4
Transporte Asistencial (TAB,TAM)	4.502.600.000	44	9	41
Unidad Médico Odontológica	640.000.000	3	3	3
Total	60.278.784.633	73		

Fuente: OGTEyD – Base de asignaciones

Proyecto de inversión Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres

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.

Para la vigencia fiscal de 2018, se asignaron recursos a este proyecto valor de 1.000 millones de pesos, para lo siguiente:

Fortalecer las actividades de asistencia técnica y generar capacidad del personal del sector salud en temas relacionados con la gestión de riesgo en desastres, incluyendo el fortalecimiento de la capacidad de respuesta en salud ante situaciones de emergencia y desastres hacen parte de los Planes para la Gestión de Riesgo de Desastres, los cuales permiten a las instituciones públicas, privadas y a la comunidad responder de manera

eficiente y oportuna a las contingencias que puedan afectar la salud de la población, cuyo objetivo a su vez es fortalecer los sistemas de respuesta, incluyendo los procesos de reconstrucción y recuperación.

De igual forma dada la responsabilidad de la OGTEyD se brindó apoyo en las actividades de planeación, implementación, seguimiento a los recursos asignados y girados a las instituciones beneficiarias (Entidades Territoriales y/o ESE), previa presentación de proyectos destinados a la dotación de equipamiento biomédico, adquisición de vehículos de transporte asistencial (ambulancias), unidades móviles, infraestructura en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención psicosocial y atención a nacionales de países fronterizos en los que el Ministerio de Salud y Protección Social ha aportado recursos para su desarrollo con el fin de garantizar la continuidad en el seguimiento a la ejecución de los recursos que adelanta la OGTEyD en el marco de sus competencias.

En esta misma línea, el Ministerio continuará con las acciones recomendadas en el “Programa hospitales seguros frente a desastres” impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, a través del fortalecimiento de las instituciones prestadoras de salud del país, a través de capacitación y la asistencia técnica para la elaboración, evaluación e implementación del índice de seguridad hospitalaria, planes hospitalarios de emergencia, el apoyo para el desarrollo de estudios de vulnerabilidad sísmica en instituciones hospitalarias, entre otros.

Por otra parte, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, mediante el Convenio, cuyo objeto es “Aunar esfuerzos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Colombiano de Seguridad, para apoyar el desarrollo y consolidación de la Red Nacional de Toxicología”, brinda asesoría en la prevención y manejo de las emergencias toxicológicas ocurridas en el país, teniendo en cuenta que en Colombia la frecuencia de estos eventos es alta y que no existe suficiente cantidad de médicos toxicólogos en las diferentes regiones del país.

La asesoría es brindada durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana, por médicos con formación de posgrado en toxicología, apoyados por un equipo multidisciplinario (ingenieros ambientales, químicos, entre otros).

Los siguientes son los resultados en el año 2018:

Tabla 32. Eventos Reportados a la Línea de Asesoría Toxicológica

Intoxicaciones	8.723
Eventos tecnológicos causados por sustancias químicas	46
Eventos toxinológicos (toxinas)	2.335
Consultas sobre sustancias y casos de no intoxicación	170
Total de eventos	11.274

Fuente: OGTEyD – Base de asignaciones

De otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social presta sus servicios para la atención telefónica (inbound y outbound), chat y mail a los usuarios que requieran información misional de la entidad. Es así como, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y

Desastres, a través de la gestión de tres (3) asesores técnicos, un (1) asesor general y dos (2) asesores especializados, apoya las funciones, relacionadas con la gestión territorial, el fomento de la participación social y la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud; este equipo humano se encuentra ubicado en la Central de Comunicaciones de la Oficina Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud. Este proyecto, en la vigencia 2019, tiene dispuestos recursos por 1.000 millones de pesos.

Participación Social

Para la vigencia 2018, se asignaron recursos por valor de 200 millones de pesos para el proyecto de inversión correspondiente al fortalecimiento en asistencia técnica y capacidad institucional en temas relacionados con participación y control social en el territorio nacional. Se encuentran destinados a promover la participación social y ciudadana en la gestión territorial del sector salud y el desarrollo de las formas organizativas de participación y control social en las acciones de salud pública, con el fin de fortalecer los espacios y formas de participación necesarios, con una definición clara en la norma de los mismos y con procesos articuladores que definan el rol de cada una de las entidades responsables de su funcionamiento.

Este proyecto en la vigencia 2019, tiene dispuestos recursos por valor de \$ 200 millones de pesos.

4.5 Sistema Único de Acreditación–SUA



Mediante la Resolución 5095 de 2018 se adoptó el Manual de Estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1, en el cual se enfatiza en la prevención y control de infecciones con un estándar específico, lavado de manos con ampliación de criterios en los estándares de seguridad del paciente, criterios para que las instituciones implementen estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares, estandarización del proceso de identificación de necesidades de salud de todos los pacientes atendidos, entre otros.

Desde noviembre de 2018, se brinda asistencia técnica a ESE para las acciones de mejoramiento del plan de trabajo de los siguientes hospitales universitarios que aplicarán a la acreditación: ESE Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, la ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche de Santa Marta y ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira. Entre julio de 2018 y mayo de 2019 se acreditaron 7 IPS, para un total de 46 acreditadas: 34 privadas, 11 públicas y 1 mixta.

4.6 Sistema Único de Habilitación



Habilitación de Servicios de Salud

Conforme a la Resolución 2003 de 2014 se prestó asistencia técnica a las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales y Prestadores de Servicios de Salud para la habilitación de servicios y la gestión del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud–REPS (a cargo de las entidades territoriales mencionadas). Así mismo, según lo dispuesto en el artículo 19 de la citada resolución, se lleva a cabo su actualización, mediante un proceso participativo, que incluye la operación de una Comisión de Expertos, instituciones públicas

y privadas, y población en general. La propuesta contempla la estandarización y armonización normativa, reorganización de la taxonomía de los servicios de salud, entre otros, y está en ajustes para su expedición.

De igual modo, de conformidad con la Resolución 2003 de 2014, se adelantaron acciones para monitorear la autoevaluación anual que deben realizar los prestadores para la actualización de la vigencia de la habilitación, la cual presenta un avance considerable en su implementación, con una disminución en los prestadores inactivos en razón de este proceso, que pasaron de 9.007 en el año 2015 a 462 prestadores en 2019, para aquellos que su vigencia estaba hasta el 30 de enero de 2019.

Tabla 33. Prestadores inactivos por autoevaluación 2015–2019

Inactivos proceso de autoevaluación de servicios	30 de enero de 2015	30 de enero de 2016	30 de enero de 2017	30 de enero de 2018	30 de enero de 2019
Prestadores	9.007	2.223	1.012	736	462

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

De otra parte, según lo consagrado en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el Artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, el Ministerio realiza directamente la verificación previa y habilitación de nuevos servicios de oncología. Desde el año 2012 hasta 20 de mayo de 2019 se han verificado 1.205 servicios nuevos de oncología.

Tabla 34. Servicios nuevos de oncología verificados para 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	41	915
Quirúrgicos	31	11	31	16	32	14	18	8	161
Quimioterapia	30	4	17	11	12	9	7	5	95
Radioterapia	3	1	6	5	2	1	3	1	22
Medicina nuclear	0	1	4	2	2	1	1	1	12
Total	276	70	168	166	171	161	137	56	1.205

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social–DPSAP. Base de datos de Verificación de Servicios Oncológicos Corte: Mayo 20 de 2019.

Habilitación de Unidades Funcionales de Atención de Cáncer Adultos e Infantil y Habilitación de Servicios Oncológicos

Durante este periodo se ha estado implementando 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”, para lo cual se ha brindado asistencia técnica a las entidades e instituciones, con relación al procedimiento, estándares y criterios de habilitación, gestión del Módulo de Unidades Funcionales del REPS, entre otros. A mayo 20 de 2019 se encuentran habilitadas la UFCA de la Fundación Hospital San Pedro de Pasto-Nariño, y de la IPS Sociedad Médica Rionegro S.A (Somers S.A) de Rionegro–Antioquia y la UACAI del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto–Nariño.

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

En el marco de la Ley 1392 de 2010 se expidió la Resolución 651 de 2018 “Por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico,

tratamiento y farmacias para la atención integral de enfermedades huérfanas así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención”; para su implementación se brindó asistencia técnica y capacitación a las entidades participantes en dicho proceso, se diseñó y fue puesto en operación el módulo de Centros de Referencia del REPS y se elaboraron y publicaron documentos técnicos para apoyar su implementación. A la fecha se encuentra habilitado un (1) Centro de Referencia de Farmacia para Atención de Enfermedades Huérfanas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, desde mayo de 2019.

Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Durante el período 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; para su aplicación se presta asistencia técnica a las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, Entidades Promotoras de Salud-EPS y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Dicha regulación se ha implementado por parte de los departamentos y distritos, así como de la Superintendencia Nacional de Salud; de acuerdo con los tiempos establecidos se han habilitado 4 RIPSS, 31 en proceso de solicitud, 93 están siendo verificadas por las entidades departamentales y distritales de salud, 66 en proceso de subsanación por parte de las EPS y 109 están en revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

4.7 Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud pública



Prestación Pública de Servicios de Salud

En el país 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 pertenecen al nivel territorial y 4 al nacional. En total, las sedes de estas ESE ascienden a 3.450 que operan en todo el territorio nacional, con presencia importante en la mayoría de municipios del país.

Tabla 35. Empresas Sociales del Estado según nivel de atención - 2018

Nivel de atención	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-EPS. Corte, 31 de diciembre de 2018

A 31 de diciembre de 2018, las ESE contaban con 25.991 camas de hospitalización y un porcentaje ocupacional en promedio del 72,7%, con una mayor ocupación en las ESE de tercer nivel (91,5%), seguido por el segundo nivel con 84,5% y el primer nivel con 35,4%. Los egresos hospitalarios crecieron un 4% entre 2017 y 2018 y el giro cama pasó de 68 a 71 pacientes cama año en 2018. Durante la vigencia también se realizaron 34,8 millones de consultas electivas realizadas, 14,2 millones de consultas urgentes y 1,4 millones de cirugías practicadas.

Al medir la producción de servicios de salud en Unidades de Valor Relativo–UVR²³, en la vigencia se incrementó un 3,3% frente al año anterior, la cual se concentra en un 46% en las ESE de tercer nivel de atención, el 29% en el segundo y el 25% en el primer nivel.

Tabla 36. Producción de servicios de salud de las ESE, 2017 y 2018

Concepto	A 31 de diciembre de 2018				Var. % Dic.17- Dic.18
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total	
Camas de hospitalización	7.652	10.003	8.336	25.991	0,1%
Total de egresos	375.508	980.174	482.998	1.838.680	4,0%
Promedio días estancia	2,5	3,3	5,7	3,8	-1,2%
% ocupacional	35,4%	84,5%	91,5%	72,7%	1,5%
Giro cama	49	98	58	71	3,9%
Consultas electivas	24.313.962	6.974.853	3.600.032	34.888.847	2,8%
Consultas Urgentes	8.313.875	4.145.886	1.828.880	14.288.641	2,6%
Total partos	52.860	150.808	71.178	274.846	3,4%
% partos por cesárea	5,1%	43,2%	35,0%	33,7%	-0,3%
Total de cirugías realizadas	176.296	702.095	531.157	1.409.548	3,7%
Exámenes de laboratorio	35.225.161	19.116.595	16.144.579	70.486.335	4,8%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	2.438.422	3.152.883	2.141.002	7.732.307	5,2%
Dosis de biológico aplicadas	10.646.286	1.829.146	2.456.285	14.931.717	8,2%
Controles de enfermería	7.728.625	987.527	533.665	9.249.817	0,0%
Citologías cervicovaginales tomadas	1.806.810	229.705	115.825	2.152.340	0,8%
Total Producción medida en UVR	241.100.403	279.894.893	447.841.549	968.836.845	3,3%

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

Dicha producción de servicios generó ingresos reconocidos por venta de servicios de salud en el año 2018 por valor de \$11,5 billones e ingresos recaudados de \$7,3 billones, con variación positiva del 3,2% y 5,8% respectivamente, frente a la vigencia anterior. El total de los ingresos reconocidos sumaron \$16,8 billones en 2018, con un crecimiento de 4% respecto a 2017, los ingresos recaudados ascendieron a \$12,6 billones, los cuales representaron un porcentaje de recaudo del 75%, en tanto los gastos totales comprometidos alcanzaron los \$13,4 billones, lo cual generó equilibrio presupuestal con ingresos reconocidos de 1,26, que significa que los gastos comprometidos pueden ser financiados con el total de ingresos recocidos, generando un excedente de 0,26 por cada peso comprometido, mientras que con recaudo se alcanza a financiar un 0,94, generando un déficit de 0,06 por cada peso comprometido.

Tabla 37. Ingresos totales y gastos totales comprometidos de las ESE–2017 y 2018 (millones de pesos)

Concepto	2017	2018	Var. % 2017 - 2018
Ingresos totales reconocidos	16.159.259	16.810.667	4,0%
Ingresos totales recaudados	11.402.618	12.577.422	10,3%

²³ La Unidad de Valor Relativo–UVR es una metodología que permite la cuantificación de los productos intermedios hospitalarios de acuerdo con su complejidad, facilitando así su medición y comparación.

Concepto	2017	2018	Var. % 2017 - 2018
Gastos totales comprometidos	12.824.897	13.367.064	4,2%
Equilibrio con reconocimientos	1,26	1,26	0,00
Equilibrio con recaudos	0,93	0,94	0,01

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

Planeación y Gestión de la Prestación de Servicios de 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:

- i. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE -PTRRMR: el total de las entidades territoriales que cuentan con ESE adscritas a su estructura administrativa²⁴, que corresponden a treinta y cinco (35), tienen su Programa aprobado por el Ministerio;
- ii. Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud: se brindó asistencia técnica a las entidades territoriales para la formulación, presentación y ajustes de estos planes para 2018-2019. A la fecha se cuenta con 3.688 iniciativas registradas en el aplicativo, de las cuales 3.002 fueron aprobadas por el Ministerio;
- iii. Planes Financieros Territoriales de Salud: A la fecha se cuenta con concepto de viabilidad para la vigencia 2015-2019 de los Planes de los departamentos de Guainía, Vaupés y San Andrés.

Saneamiento y Gestión Financiera de Empresas Sociales del Estado

Mediante Resolución 1342 de 2019 se realizó la categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia de 2019. Así mismo, para el restablecimiento de la solidez económica y financiera de las ESE categorizadas en riesgo medio y alto, el Ministerio de Salud y Protección Social asignó, mediante la Resolución 4885 de 2018, recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET por \$86.229.117.806.

Tabla 38. Asignación a las ESE en intervención forzosa administrativa por parte de la SNS

Resolución	Dpto.	Municipio	Entidad	Asignado y girado
Resol.4885/18	La Guajira	Maicao	ESE Hospital San José de Maicao	12.817.711.263
	Meta	Villavicencio	Hospital Departamental de Villavicencio	4.711.116.550
	Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta	15.442.350.779
	Bolívar	Cartagena	ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena	17.093.669.378
	Bolívar	Magangué	ESE Río Grande de la Magdalena del municipio de Magangué	4.919.242.997
	Total			

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

²⁴ 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 39. Asignación a los Departamentos para financiación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero

Departamento	Asignado y girado
Córdoba	7.117.580.000
Magdalena	20.000.000.000
Nariño	3.986.003.000
Norte de Santander	141.443.839
Total	31.245.026.839

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

De forma complementaria, se brinda asistencia técnica a la Entidades Territoriales competentes en la implementación de acciones para la resolución de limitaciones estructurales y funcionales que afectan el acceso y la prestación de servicios.

Poblaciones Vulnerables

Se brindó acompañamiento, asesoría y asistencia técnica a las Entidades Territoriales con el fin de fortalecer las capacidades técnicas para la prestación de servicios a poblaciones vulnerables, étnicas, víctimas del conflicto armado y las relacionadas con el posconflicto, así como, para la formulación y presentación de proyectos de inversión de infraestructura en salud y dotación hospitalaria en los municipios PDET en el marco del PTRRMR y en los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud 2018-2019.

4.8 Telesalud y Telemedicina



De acuerdo con lo consignado en el REPS, a 30 de abril de 2019 se contaba con 998 sedes de prestadores de servicios de salud (públicas y privadas) que ofrecían 2.990 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 307 municipios de 33 departamentos y el Distrito Capital, lo que representa un incremento de 2% respecto a agosto 31 de 2018. Del total de sedes con servicios de telemedicina, 253 corresponden a prestadores públicos ubicadas en 198 municipios de 27 departamentos y en el Distrito Capital. Para el fortalecimiento de la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, se trabajó en la ejecución de la fase 4 del Plan Fronteras para la Prosperidad establecido con el Ministerio de Relaciones Exteriores. También se analizan opciones para fortalecer con la modalidad de telemedicina, sedes de prestadores públicos del Archipiélago de San Andrés y Providencia, Nariño y Santander.

Durante el periodo se avanzó en la actualización de la normatividad de Telesalud/Telemedicina, para lo cual se conformó comisión de expertos para su análisis y discusión, y se elaboró un proyecto de resolución para reglamentar aspectos de interés en esta materia y un proyecto de decreto para la conformación el Comité Asesor de Telesalud, los cuales se encuentran en trámite para su expedición.

4.9 Gestión para el desarrollo del talento humano en salud

En el periodo del 1º de junio de 2018 al 1º de junio de 2019 se fortaleció y desarrolló el Talento Humano en Salud, desde la formación, el ejercicio y desempeño y la gestión del conocimiento y la información; lo cual aporta en el mejoramiento de la calidad en la prestación

de los servicios de salud; en ese marco la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MSPS ha realizado las siguientes acciones:

Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud

La formación continua del talento humano en salud se ha orientado en definir los lineamientos para su regulación, la cual se encuentra en construcción, y en la gestión de acciones coyunturales de formación continua que vienen generando resultados concretos, inicialmente en hospitales públicos, que incluyen la disposición de una plataforma virtual con interoperabilidad de diferentes herramientas con aliados en universidades, gremios y organizaciones.

Se diseñó una propuesta para el desarrollo de acciones de formación continua del talento humano en salud de la cual se ha derivado un inventario de cursos disponibles de diferentes oferentes (SENA, OPS, Sociedades Científicas, etc.), así como con oferta del Ministerio. Se ha trabajado en la disposición de un repositorio o plataforma en la página web del Ministerio donde se presente la oferta de formación continua en apoyo a la implementación del MAITE y la estrategia AI HOSPITAL, fortaleciendo la capacidad de gestión de los hospitales públicos y de la gestión en salud en los Entes Territoriales. Así mismo se realizó la apertura del Chat Educación AI Hospital con vinculación de seis (6) hospitales públicos, con los cuales se vienen gestionando acciones de formación continua, en colaboración con Sociedades Científicas.

Estrategia de fortalecimiento de equipos multidisciplinarios de salud y visibilización de enfermería

Se estructuró el documento denominado “Lineamientos técnicos para la organización y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios para la salud”. Por otra parte, se realizó el lanzamiento de la campaña “Nursing Now” en apoyo a la iniciativa impulsada por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y con la participación de todas las organizaciones gremiales y cinco grupos locales, evento al cual asistieron 82 personas.

Se presentó a los integrantes del Consejo Técnico Nacional de Enfermería-CTNE (Anec, Acofaen y Organización Colegial de Enfermería-OCE) la propuesta del “Plan Nacional de Enfermería 2020-2030”, construcción colectiva, que incluye entre otros temas: Condiciones laborales, innovación y desarrollo, identidad y liderazgo. El documento se encuentra pendiente de aprobación para julio de 2019.

Se brindó apoyo al proyecto de Interoperabilidad de Historia Clínica, con el fin de establecer las competencias transversales que necesita desarrollar el talento humano en salud que labora en las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS.

Enfoque intercultural en el talento humano en salud para grupos étnicos

Se publicaron lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%A9genas.pdf>; y el documento “Desarrollo participativo de diálogos de saberes con Parteras Tradicionales Wayuu: Aportes a la salud materna y perinatal desde la experiencia en el municipio de Manaure y disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Papeles-en-salud-No-15.pdf>.

La Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (DDTHS) del MSPS ha participado en la construcción conjunta del documento base o de política Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), en concertación con los pueblos indígenas, en el marco de la Subcomisión Indígena de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas del país. Igualmente, se acompañó la construcción de recomendaciones sobre el rol del personal de apoyo en medicina y terapias alternativas y complementarias, donde se presentan avances en el diseño de cinco (5) currículos únicos en Medicina Alternativa y Complementaria: Medicina Ayurveda, Medicina Tradicional China, Medicina Homeopática, Medicina Osteopática y Medicina Neuralterapéutica, en concertación con representantes de dichas Medicinas y se implementó un plan de trabajo con el Ministerio de AYUSH de la India, en el marco del memorando de entendimiento entre los países.

Evaluación de pertinencia de nuevos programas de educación superior del área de la salud

Como resultado de la evaluación sobre la pertinencia de nuevos programas académicos de educación superior en salud, se emitieron 83 conceptos pertinentes; 27 no pertinentes y 65 con observaciones.

Otras acciones de Formación del Talento Humano en Salud

Se evaluaron 5 Hospitales Universitarios, IPS Servicios Especiales de Salud (Hospital de Caldas); Clínica Universidad de la Sabana; ESE Hospital Universitario de la Samaritana; ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño; Fundación Hospital San Vicente de Paul de Rionegro. Se definieron, en conjunto con el equipo técnico del Ministerio de Educación Nacional-MEN, los ítems a evaluar de acuerdo con la complejidad de los servicios. Se actualizaron los lineamientos definidos para la asignación de cupos para práctica formativa en instituciones prestadoras de servicios de salud.

También en conjunto con el MEN se actualizaron y simplificaron requisitos para convalidación de títulos de educación superior y se modificaron condiciones de calidad de programas académicos de educación superior y de las instituciones de educación superior.

Se definió y se hizo propuesta para la actualización de la estructura funcional y las normas de competencia laboral de los auxiliares en salud: Proceso concertado e incluido en el Plan de Trabajo del Consejo Ejecutivo de la Mesa Sectorial de Servicios para la Salud. Revisión de la propuesta de los equipos técnicos de la Mesa Sectorial de Servicios para la Salud y solicitud de retroalimentación por parte del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

Servicio Social Obligatorio (SSO)

Este servicio ha sido una estrategia histórica para mejorar el acceso a la atención en salud de poblaciones deprimidas rurales y urbanas y constituye un espacio clave para la inserción plena de los nuevos profesionales en el ejercicio de sus competencias en los servicios de salud.

Durante el período informado se continuó en la implementación y verificación de las condiciones laborales y de ejercicio de estos profesionales. Se realizaron cuatro procesos de asignación para 4.565 plazas disponibles, en los que se inscribieron 14.331 profesionales de medicina, enfermería, odontología y bacteriología, siendo los médicos el 43%, el 32% profesionales de enfermería, el 19% profesionales de odontología y el 6% bacteriólogos. Se asignaron la totalidad de plazas de bacteriología, enfermería y odontología, no sucediendo lo mismo en medicina ya que quedaron vacantes 585 plazas por no obtener un número de inscritos suficientes para la asignación total de las plazas que se colocaron a disposición, plazas que posteriormente quedaron para nombramiento por parte de las ESE correspondientes.

Es importante resaltar que durante este periodo por parte de MinTIC y el Centro de Innovación Pública Digital se exaltó como finalista, en la categoría de iniciativas digitales en ODS, el aplicativo que se está utilizando en el Ministerio para la asignación de plazas de SSO.

Fortalecimiento de las profesiones de la salud

En el período informado se delegaron funciones públicas en organizaciones colegiales que estaban pendientes por entregar que corresponden a las disciplinas de Nutrición y Dietética y Terapia Ocupacional. El Ministerio acompañó el alistamiento de estos dos colegios para abordar estas nuevas responsabilidades y realizó funciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC) de los 10 colegios a los que previamente se les había realizado entrega de estas funciones públicas.

De esta manera, las profesiones de salud contribuyen al cumplimiento de las funciones del Estado, en la medida en que es a través de ellos que se realiza la validación de requisitos y registro en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud-ReTHUS habilitando el ejercicio profesional y se fortalece su capacidad para participar en los procesos de mejoramiento de la calidad y la pertinencia del talento humano, bajo principios de autonomía y autorregulación profesional.

Tribunales de Ética Profesional

Con el fin contribuir a la autorregulación y autogestión contempladas en la Ley Estatutaria de Salud, se gestionaron recursos por \$1.501 millones, a través del presupuesto de Ministerio, para garantizar el funcionamiento de los Tribunales Nacionales de Ética, como órganos de autorregulación profesional distribuidos, así:

Tabla 40. Recursos para los Tribunales Nacionales de Ética 2018 a 2019

Tribunal	2018	2019
Medicina	447.556.334	383.619.714
Odontología	205.098.048	175.798.327
Enfermería	155.657.201	133.420.458
Total	808.311.583	692.838.499

Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Minsalud.

Registro Único Nacional del Talento Humano-RETHUS

El talento humano en salud es uno de los ocho componentes estratégicos para lograr mayor la equidad en el acceso a la salud, la garantía del derecho a la salud en el marco

del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE); en esta línea el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud–ReTHUS se consolidó como el instrumento articulador para la planificación, el seguimiento y la evaluación del talento humano en salud.

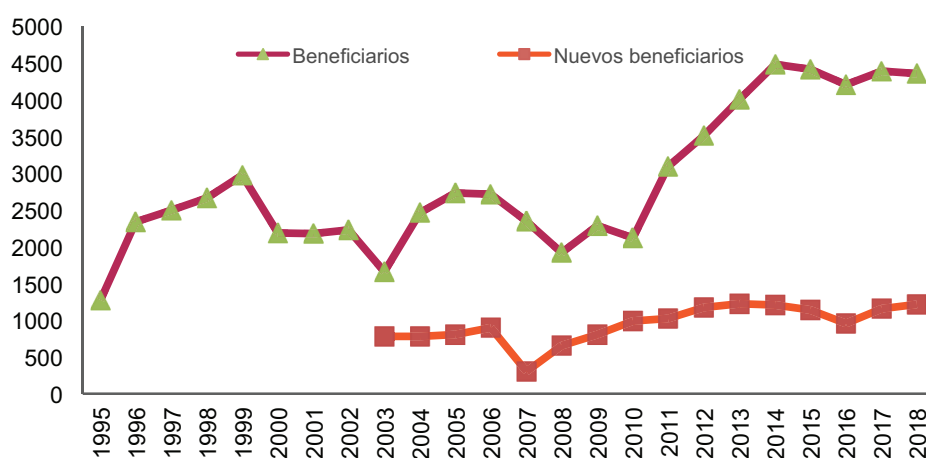
De julio de 2018 a junio de 2019, se autorizó para ejercer ocupaciones y profesiones del área de salud con el respectivo registro en el ReTHUS a más de 51 mil personas. Esta información está dispuesta para consulta pública permanente a través de la página web del Ministerio (<http://web.sispro.gov.co>), se integró al Sistema de Gestión de Datos (SGD) del SISPRO y se articuló con otras fuentes (PILA y RUAF), a través de un cubo de información. Con esto se promueve y facilita la generación de nueva información y conocimiento para la toma de decisiones de los agentes de los sistemas de salud y educación, entre otros.

Programa Becas–Crédito

En cumplimiento al objetivo de brindar un apoyo financiero a la formación de especialistas de la salud en las áreas clínicas en Colombia, contemplado en el proyecto de inversión “CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO DEL SECTOR SALUD”, programa de Becas Crédito, Convenio 256 de 1995, Minsalud–ICETEX Fondo Médicos Ley 100/93. La ejecución de los recursos se ha realizado anualmente de acuerdo con lo apropiado en cada vigencia. En 24 años de vigencia del Convenio 256 de 1995, se han asignado recursos al Fondo por \$584.855.628.648 a mayo de 2019, incluyendo la incorporación de \$14.000.000.000 de los \$29.000.000.000 millones de la adición N°. 33, realizada el 21 de marzo de 2019. El 49% corresponden a recursos apropiados por el Ministerio de Salud; gracias a lo anterior el programa ha logrado beneficiar con Beca Crédito alrededor de 21 mil residentes, de diferentes especialidades y ubicados en diferentes zonas del país.

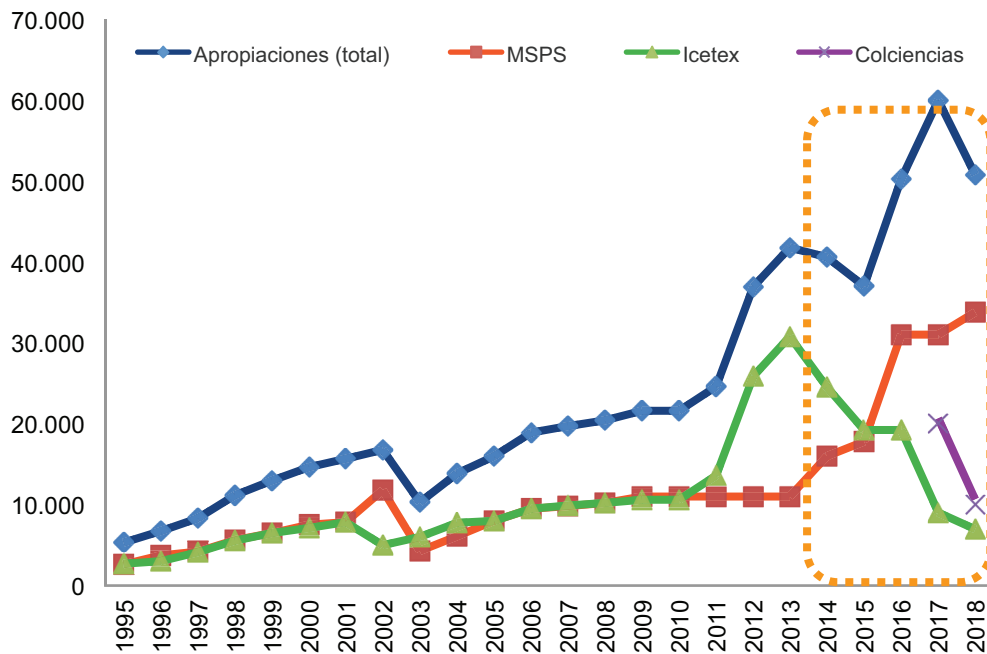
En el segundo semestre de la vigencia 2018, se revisó, actualizó y aprobó por el Ministerio los términos de la convocatoria 2018, mediante la cual se recibieron 1.725 solicitudes de profesionales aspirantes a la beca crédito, y se le otorgó -de acuerdo con la disponibilidad de recursos- a 1.215, de las cuales se legalizaron 1.163 nuevas becas–crédito. Así se ha permitido la continuidad del programa y el cumplimiento del objetivo de apoyar el sostenimiento económico de los profesionales de la salud cursando programas de especialización.

Ilustración 23. Beneficiarios activos anuales del programa



Fuente: Cálculos de la DDTHS, a partir de la información suministrada por ICETEX.

Ilustración 24. Recursos apropiados anualmente para el programa, según institución (en millones de pesos)



Fuente: Cálculos de la DDTHS, a partir de la información suministrada por ICETEX.

Trabajo Digno

En conjunto con la Secretaría General del Ministerio y la Dirección de Prestación de Servicios, se ha impulsado un proyecto de Ley que le da facultades al Presidente de la República para expedir un régimen laboral para trabajadores de la salud del sector público, en procura de promover mejores condiciones laborales en favor de una mayor estabilidad y bienestar y por consiguiente de una mejor prestación de servicios de salud.

Planificación del Talento Humano en Salud

Se preparó un documento técnico que recogió orientaciones para abordar la planificación y el seguimiento del talento humano en salud en las regiones, a partir de aspectos abordados durante los últimos años en línea con la Política de Atención Integral en Salud y su operativización a través del modelo de atención-MAITE. Se espera que las orientaciones se constituyan como un elemento técnico para el desarrollo de la estrategia de gestión de la información y el conocimiento del talento humano en salud a nivel territorial.

Finalmente, en cuanto al desarrollo de incentivos para el talento humano en salud, se ha avanzado significativamente en la Reglamentación de la Ley de Residentes²⁵, por la cual se crea el Sistema Nacional de Residencias Médicas. Para este efecto, se han liderado mesas de trabajo con diversas entidades y actores tales como ADRES, DNP, ICETEX, MEN y otras áreas del Minsalud.

²⁵ Ley 1917 del 11 de julio de 2018.

Al respecto, se tiene elaborada una propuesta de reglamentación, la cual ha sido construida, socializada y ajustada en conjunto con áreas del Ministerio y actores externos y fue sometida a consulta pública durante junio de 2019 en los términos del artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y que se espera sea firmada por el ministro en julio de 2019, para iniciar su implementación progresiva a partir del segundo semestre de 2020.

4.10 Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud



Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, en su artículo 107, el Ministerio desde 2016 ha desarrollado acciones orientadas al cumplimiento de metas proyectadas hasta el año 2021 en el Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud, contando a la fecha con avances significativos en temas tales como: el Sistema Único de Acreditación en Salud, el Sistema de Información para la Calidad, el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS, entre otros.

En el proceso de implementación del mencionado plan, desde agosto de 2018 a la fecha se ha brindado asistencia técnica en diversos temas de calidad como: sistemas de información para la calidad, humanización de servicios de salud y Guías de Práctica Clínica, con una participación aproximada de 1.893 asistentes para todas las temáticas antes mencionadas.

A continuación, se describen los principales avances en el Marco de la implementación del Plan Nacional²⁶ de Mejoramiento de Calidad.

Sistema Único de Acreditación en Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social creó una instancia técnica de apoyo a la rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud²⁷, denominada Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación y se designaron sus integrantes²⁸.

El mencionado consejo, inició a sesionar en 2018 y ha cumplido una tarea preponderante para el Sistema Único de Acreditación. Como resultado de la gestión se han revisado dos manuales de estándares de acreditación a saber: i). Manual de Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario; y, ii). Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos.

El primero fue revisado y fue sugerida su adopción al Ministerio de Salud y Protección Social. En este sentido fue expedida la Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”, convirtiéndose el mismo en un avance importante en la actualización del mencionado sistema, toda vez, que este es uno de los manuales más utilizados por las instituciones acreditadas en Colombia.

26 Artículo 107. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

27 Resolución 6055 de 2016. “Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en Salud”

28 Resolución 5135 de 2017. “Por la cual se designan los miembros del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud”

El segundo manual fue igualmente revisado y sugerido su adopción por parte del Consejo al Ministerio. El acto administrativo de adopción de este manual se encuentra en trámite por parte del Ministerio.

Sistema de Información para la Calidad-SIC

El Sistema de Información para la Calidad²⁹ tiene un enfoque sistémico hacia el logro de resultados de calidad superior e incorpora indicadores en salud pública para alcanzar resultados en salud; de este modo, mejora la confiabilidad de los datos, al utilizar sólo fuentes con datos nominales que permiten que el cálculo, la validación e integración de los indicadores se haga en el Ministerio.

Desde agosto de 2018 hasta la fecha se han realizaron actividades de asistencias técnicas en las ciudades de: Putumayo, Norte de Santander, Bogotá D.C y Soacha, contando con la participación de 320 personas; entre los cuales, funcionarios de las secretarías de salud distritales, departamentales y municipales, así como representantes de EPS e IPS habilitadas en la jurisdicción.

Para el 2018, el cumplimiento del reporte de los datos del SIC por parte de los prestadores alcanzó un 70%, aumentando un 10% con respecto al año 2017. Así mismo, el SIC ocupa el segundo lugar dentro de los sistemas de información del sector más consultados, con alrededor de 81 mil consultas de los indicadores de calidad por parte de los usuarios del SGSSS.

Los resultados de los indicadores del SIC, pueden ser consultados en el Observatorio Nacional de Calidad a través del siguiente enlace: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>

Sistema de evaluación y calificación de actores³⁰

La Ley 1438 de 2011 especifica la responsabilidad del Ministerio de desarrollar un Sistema de Evaluación y Calificación de los actores (SEA) con el propósito de dar a conocer públicamente información relacionada con la gestión del riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, así como la calidad en la atención en salud y la satisfacción del usuario frente a estos actores del SGSSS. El mismo se ha publicado anualmente como lo especifica la Ley. El Informe del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del año 2019 se elaboró y se publicó el 28 de febrero de 2019, el cual se puede consultar en la página del Observatorio de Calidad, en el enlace: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS

La encuesta de evaluación de los servicios por parte de los usuarios de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, es aplicada a una muestra representativa a nivel na-

29 Resolución 256. “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”

30 Artículo 111. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual de reforma el Sistema General de seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

cional de los usuarios de cada EPS y régimen, permitiendo medir el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, acerca de la calidad y oportunidad de los servicios a lo largo de la cadena de prestación: afiliación, acceso, prestación de los servicios de salud y el resultado del proceso en su estado de salud.

Para la medición del año 2018, se realizó la revisión y ajuste del diseño técnico, con el propósito que los datos puedan ser comparables con las mediciones anteriores. La encuesta además de ser representativa a nivel nacional, por régimen (contributivo y subsidiado) y por EPS, es representativa para cada uno de los 32 departamentos del país y el Distrito Capital. Se visitaron municipios de todas las categorías, con un total de 104, distribuidos así: 49 municipios de categoría 6; 32 municipios de inclusión forzosa que son las capitales de departamento y 23 municipios que corresponden a municipios de categoría 2 al 5. La población encuestada se reconoció así: 8,0% como indígena; 4,3% afrodescendiente; 0,4% Raizal del archipiélago; el 0,1 como Gitano Rrom; Palanquero 0,3%; y el 87,0% se reconoce como blanco-mestizo, siendo incluyente con las etnias de nuestro país.

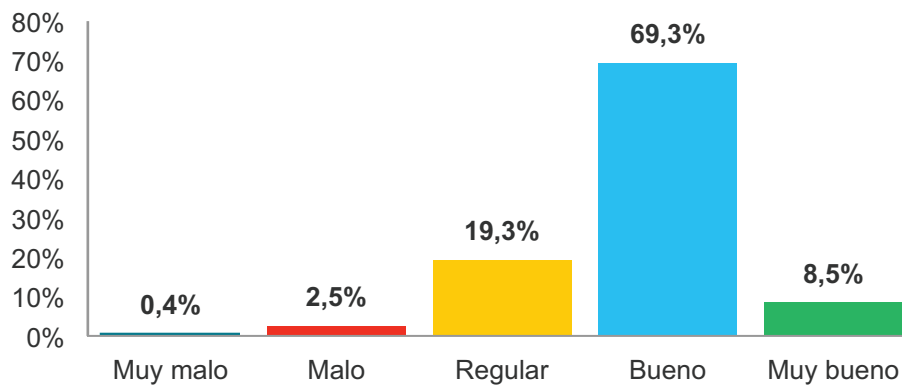
La población objetivo fueron usuarios de todas las edades que utilizaron los servicios de las EPS a la cual estaban afiliados en los últimos 6 meses previos a la aplicación de la encuesta, de todas las regiones del país, pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos y habitantes de zonas urbanas o rurales afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La recolección de la información se realizó entre los meses de agosto y noviembre de 2018. En total se aplicaron 25.760 encuestas efectivas. Los resultados se pueden consultar en la página del Observatorio de Calidad en Salud³¹.

Los siguientes son algunos de los resultados más relevantes que reflejan la percepción en general de los usuarios:

- El 71,9% de los encuestados indica que la experiencia global que ha recibido de la EPS es buena o muy buena
 - La solución dada por la EPS a la necesidad de salud fue calificada como buena o muy buena con 74%.
 - El 5,8% de los encuestados indica que la EPS le ha negado los servicios.
 - El 59% de los encuestados indica que fue fácil o muy fácil la comunicación sobre los servicios que presta su EPS.
 - En caso de gravedad, el 87% definitivamente sí accedería a tiempo a los servicios de salud de su EPS.
 - Un 81% recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS
- Con respecto a la salud de los usuarios se les pregunta: ¿Cómo califican su estado de salud? (Muy Malo, Malo, Regular, Bueno, Malo). Se observa que un 77,9% de las personas considera que su estado de salud es buena o muy buena; el 69% de los usuarios respondieron que tienen un estado de salud bueno y un 8,5% como muy bueno.

31 Ministerio de Salud y Protección Social, 2018

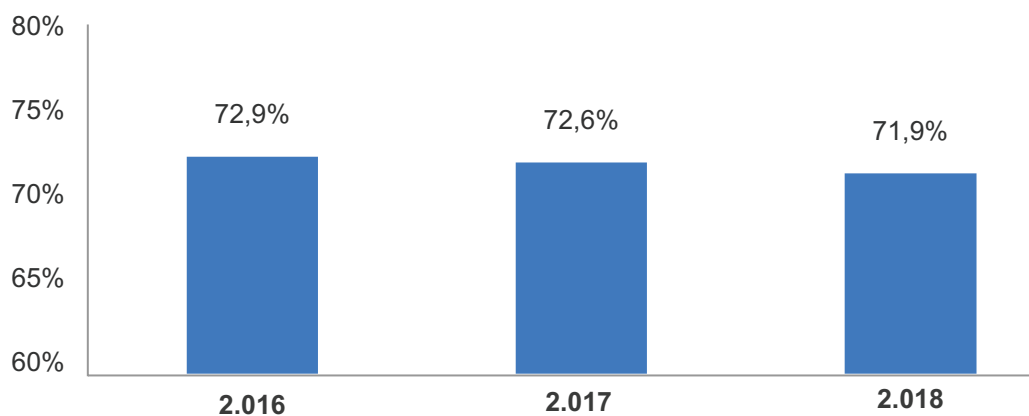
Ilustración 25. Estado de salud 2018.



Fuente: MinSalud Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios 2018

Otro indicador que podemos ver en el tiempo es el de satisfacción general frente a los servicios ofrecidos por la EPS; se observa que se mantiene con muy poca variación en el tiempo pasando del 72,9% en el 2016 al 71,9% en el 2018.

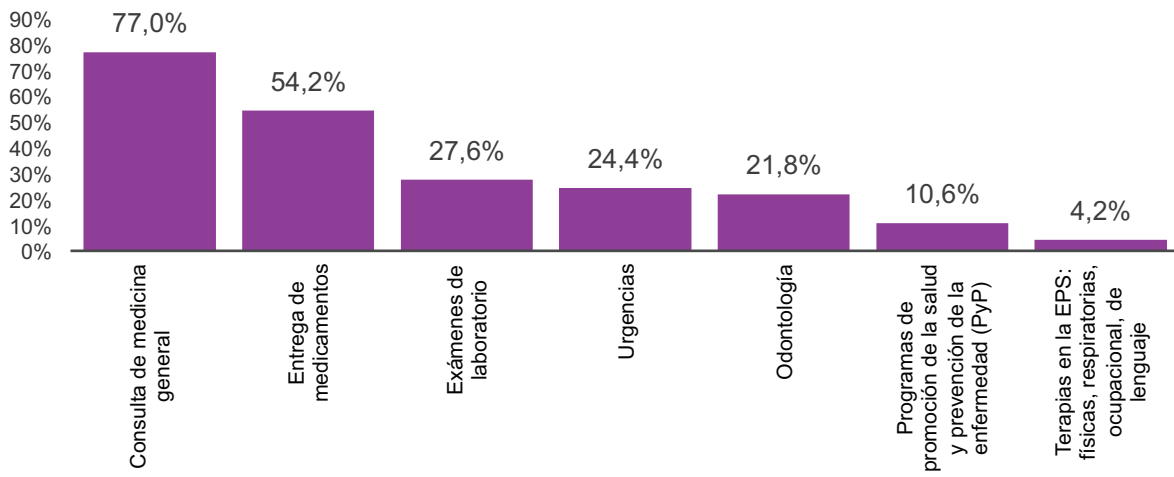
Ilustración 26. Satisfacción general frente a los servicios ofrecidos por las EPS 2016-2017-2018



Fuente: MinSalud Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios 2018

Los servicios más utilizados por los usuarios de las EPS en 2018 fueron: consulta de medicina general (77%), entrega de medicamentos (54,2%), exámenes de laboratorio (27,6%), urgencias (24,4%), odontología (21,8%), consulta de ginecología (20,8%), otras consultas de medicina especializada: cardiología, neurología, ortopedia (18,5%), radiografías, imágenes o pruebas diagnósticas (12,3%), programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (10,6%), y consulta de medicina interna (10,2%).

Ilustración 27. Servicios más utilizados



Fuente: MinSalud Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios 2018





5. Resultados de gestión del Ministerio

5.1 Nueva plataforma estratégica en armonía con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo



Para afrontar el reto de un sistema con mayor equidad, teniendo siempre como centro a las personas y al paciente, los esfuerzos ahora se concentran en una **triple meta** propuesta por el Sr. Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo: **alcanzar mejores desenlaces en salud y mayor bienestar; satisfacer las expectativas de pacientes, familias y comunidades; y, lograrlo con mayor eficiencia en el uso de los recursos.** Así mismo, a partir de agosto de 2018 el Sr. Ministro propuso los siguientes ejes orientadores: i) visión de largo plazo; ii) calidad; iii) salud pública; iv) talento humano en salud; y, v) sostenibilidad financiera.

En línea con estas orientaciones, desde el último trimestre de 2018 se avanzó en la construcción de una visión de largo plazo en el marco de aspectos fundamentales como el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad” y de nuevas reformas previstas para el sector, consideradas a través de distintos espacios como la Instancia Asesora, comisión de expertos, mesas nacionales, regionales, intrasectoriales e interinstitucionales.

Según las nuevas orientaciones estratégicas, en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo se definieron los siguientes objetivos:

- i. Fortalecer la rectoría y la gobernanza en el sistema;
- ii. Redefinir las prioridades en salud pública y las competencias;
- iii. Articular a los actores en torno a la calidad y mejorar la infraestructura y dotación;
- iv. Reconocer, formar y lograr empleo de calidad para el talento humano; y,
- v. Lograr eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevas fuentes con el aporte de todos

Además, en línea con contemplado por el nuevo PND 2018-2022 para el sector salud, con la orientación del Sr Ministro y el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales-OAPES del Ministerio, considerando la normativa en materia de planeación estratégica y según lo aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño, se configuró y emprendió la construcción del documento de plataforma estratégica.

Así, se planteó una metodología y varios pasos e instrumentos para la correspondiente elaboración, entre otros:

- Diagnóstico institucional: toma como referencia encuestas a cliente interno, externo y entrevistas semiestructuradas a directivos. Esto con miras a la definición de una matriz FODA³² y los elementos estratégicos;
- Talleres de planeación (tipo Metaplán): mecanismo participativo orientado a validar la FODA e identificar otros factores;

³² Existen diversas metodologías y herramientas para realizar análisis de capacidad institucional, dentro de las más conocidas está la Matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

- Alineación y coherencia institucional: relación de la misión, visión y objetivos con otros elementos de referencia como las estrategias contempladas en el nuevo PND, los objetivos transformacionales y compromisos de la unidad de cumplimiento pactados con la Presidencia de la República, proyectos de inversión vigentes, etc.
- Socialización de la plataforma y elementos estratégicos: misión, visión y objetivos estratégicos;
- Elaboración del documento final de planeación estratégica, así como su validación y adopción en el marco del Comité institucional de Gestión y Desempeño y/o acto administrativo;
- Apropiación del plan estratégico: lanzamiento de la plataforma en diferentes instancias y medios (internet, intranet).

Así, la consolidación de la plataforma estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social ha sido un ejercicio eminentemente participativo, promovido desde la Alta Dirección en cabeza del Señor Ministro y con el liderazgo a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Es producto de múltiples aportes e ideas de la comunidad Minsalud, así como de consultas a los grupos de valor del Ministerio, como secretarías de salud, prestadores de servicios, aseguradores, diferentes organizaciones públicas y privadas; y en general, actores y usuarios del sistema.

El cronograma asociado a la construcción del respectivo documento contempló actividades desde los inicios de 2019 hasta finales del primer semestre de este año. En un primer momento, y una vez aprobada la metodología por parte del Señor Ministro, se procedió a realizar un levantamiento actual del contexto de la organización, para ello a través de encuestas virtuales respondidas por cerca de 300 colaboradores al interior de la entidad y aproximadamente 100 usuarios, se procedió a efectuar una tabulación de información, obteniéndose alrededor de 6.000 registros (cantidad de respuestas), las cuales –junto a las entrevistas semiestructuradas efectuadas a directivos– permitieron la estructuración de la matriz FODA a nivel institucional, la cual fue complementada con los resultados consolidados de las tipologías objeto de las PQRSD³³.

Con la información consolidada y a través de talleres (tipo Metaplán), se establece una propuesta de misión, visión y objetivos estratégicos, los cuales, aparte de incorporar los resultados de la FODA institucional, incluye los lineamientos definidos por el Señor Ministro, así como por el nuevo Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” (Ley 1955 de 2019).

Una vez elaborada la propuesta de plataforma estratégica, se presenta el resultado al interior de la entidad, con el fin de conocer las apreciaciones de los servidores y colaboradores de la entidad al respecto, y poder así realizar una presentación formal a la Alta Dirección, en cabeza del Señor Ministro. En este escenario, el documento de propuesta de plataforma es enviado de manera virtual al interior de la entidad a través de medios electrónicos del Ministerio, situación que permite la participación de todos los colaboradores en la consolidación de esta valiosa carta de navegación de los próximos cuatro años.

³³ Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.

Con la aprobación de la misión, visión y objetivos estratégicos, se lleva a cabo la respectiva adopción de éstos mediante acto administrativo y se procede a la socialización al interior de la entidad, mediante actividades de alineación y coherencia institucional. A la fecha del presente informe, se encuentra en la etapa de adopción formal teniendo lo siguiente:

5.2 Objetivos transformacionales, de cumplimiento y prioridades estratégicas



A partir de enero 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 (UC) 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 los 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–SIGOB³⁴ y el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados–SINERGIA³⁵, del Departamento Nacional de Planeación; para el cumplimiento de los Objetivos Transformacionales (OT), los cuales 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, el Ministerio formuló cuatro (4) Objetivos Transformacionales, orientados a fortalecer la calidad y sostenibilidad financiera del sector salud en los próximos cuatro años; dichos objetivos son:

- OT 1-Fortalecimiento hospitales: Mejorar el desempeño de los 931 hospitales públicos del país pasando del 55,09% al 70% en el indicador de gestión de desempeño global de los hospitales públicos del país.
- OT 2-Disminución de la deuda de las EPS: Disminuir los pasivos de las EPS con los prestadores a través de los mecanismos financieros definidos por el acuerdo de punto final.

³⁴ 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.

³⁵ 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>

- OT 3–Ahorro en gastos de recobro: Lograr un ahorro de \$1,85 billones en control de gastos de recobros.
- OT 4–Ingresos adicionales: Contar con ingresos adicionales de \$1,45 billones, resultado de mayor recaudo de gasto privado.

De forma paralela, la OAPES, trabaja en conjunto con la Unidad de Cumplimiento y todas las dependencias del Ministerio para el desarrollo e implementación de la Triple Meta³⁶ y los Ejes Orientadores³⁷ planteados por el Señor Ministro de Salud y Protección Social.

Finalmente, ante el volumen y complejidad de los procesos que desarrolla el MSPS, la OAPES avanza en el diseño e implementación de un sistema integrado de información que involucre herramientas tecnológicas y de gestión, que faciliten el control y direccionamiento estratégico, así como la generación de información; adicionalmente, en el fortalecimiento de 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.

5.3 Sistema Integrado de Gestión, certificaciones en calidad y avances en el Modelo Integral de Planeación y Gestión (MIPG)



Sistema Integrado de Gestión

El Ministerio de Salud y Protección Social ha recibido desde 2016 la Certificación Internacional de Calidad ISO 9001:2015, por parte de la firma SGS Colombia S.A.S., la cual ratifica el cumplimiento de unos requisitos, que en su conjunto permiten aumentar la calidad de los distintos servicios que ofrece el Ministerio. Gracias a la recertificación consecutiva desde ese entonces, se evidencia que el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra en un mejoramiento continuo frente al Sistema Integrado de Gestión, bajo la norma ISO 9001:2015.

Cerrando la vigencia de 2018 se realizaron las auditorías internas al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo–SGSST y al Sistema de Gestión Ambiental, con el propósito de evaluar el cumplimiento de los requisitos de las normas OHSAS 18001:2007 e ISO 14001:2015. Luego se llevó a cabo la auditoría externa de seguimiento a la certificación de la norma OHSAS 18001 donde se concluyó que la entidad ha establecido y mantenido estos sistemas, de acuerdo con los requisitos de las normas.

En abril de 2019 se ejecutó el primer ciclo de auditorías internas al Sistema de Seguridad de la Información –bajo la norma ISO 27001:2013– a 11 procesos del Ministerio como cumplimiento de uno de los requisitos para la auditoría externa de certificación del sistema, realizada en mayo de 2019.

36 Triple Meta: i. Mejorar el estado de salud de los colombianos; ii. Brindar servicios de calidad y buen trato; iii. Racionalidad en el manejo de los recursos.

37 Ejes Orientadores: Visión de largo plazo; Servicios con calidad; Salud Pública; Dignificación del Talento Humano y Sostenibilidad Financiera.

Para el último trimestre de 2019 se tiene previsto el proceso de recertificación en el Sistema de Gestión de Calidad, con una entidad acreditada por la ONAC³⁸, donde se evalúe la conformidad de los requisitos de la norma, de acuerdo con los cambios realizados al Sistema Integrado de Gestión y con la nueva plataforma estratégica del Ministerio alineada con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

En relación con Sistema de Gestión Ambiental, en lo corrido de 2019 se definió el plan de trabajo para iniciar su implementación en el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual se definieron 4 componentes a trabajar: Uso eficiente del agua, Gestión de residuos, Gestión de movilidad y Uso eficiente de la energía; este último a través de la norma ISO 50001:2018 y se define el alcance en el Ministerio como Sistema de Gestión de la Energía Eléctrica. Actualmente tanto la ISO 14001:2015 como la ISO 50001:2018 se encuentran en proceso de documentación y posterior implementación.

El Sistema Integrado de Gestión del Ministerio se articula mediante la implementación de metodologías y lineamientos que garanticen el cumplimiento de los requisitos comunes entre las normas de cada sistema así: Contexto estratégico institucional, mapa de procesos, elaboración y control de documentos y registros, administración integral de riesgos institucionales, caracterización de procesos, medición de la gestión institucional, formulación y seguimiento de acciones preventivas y correctivas, auditoría interna del Sistema Integrado de Gestión, revisión al sistema por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, gestión de la comunicación interna, gestión de la contratación y formación y capacitación. De manera complementaria a estas metodologías, está la consolidación de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el marco del Decreto 1499 de 2017.

Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)

En cumplimiento de la Resolución 2363 de 2018 por la cual se crean, conforman y se definen funciones de algunos órganos de asesoría y coordinación en el Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones, en 2018 y parte de 2019 el Sr. Ministro presidió dos Comités Sectoriales de Gestión y Desempeño, en temas de dirección, articulación de la gestión por resultados de las entidades del sector, retos, líneas y ejes orientadores, el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, plataforma estratégica, directrices impartidas por el Gobierno Nacional en el contexto de las distintas dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión–MIPG como: planeación, gestión presupuestal, transparencia, anticorrupción, servicio al ciudadano, racionalización de trámites, gestión del talento humano, entre otros.

Se presentaron los resultados obtenidos del autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los líderes de procesos y facilitadores del SIG y solicitó la formulación de los planes de mejora teniendo en cuenta el análisis de oportunidades en los componentes que hacen parte de las políticas de gestión.

Se han ejecutado planes para el fortalecimiento de las políticas de gestión y desempeño, resaltando las siguientes acciones:

38 Organismo Nacional de Acreditación de Colombia

Tabla 41. Políticas del MIPG y acciones

Política de Gestión y Desempeño	Acciones
Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	Se actualizaron los objetivos de los 27 de procesos del MSPS de acuerdo con la metodología dada por la OAPES. Elaboración de la Guía para el mejoramiento de procesos y en proceso de construcción la Guía para el levantamiento y gestión de procesos, al 40% y la Guía para estructurar el mapa de procesos, al 30%.
Mejora Normativa	Se elaboró el procedimiento “Cálculo y registro para determinar la provisión contable de procesos judiciales” y en proceso de construcción la Política de prevención del daño antijurídico a cargo del grupo Defensa Legal, de acuerdo con los lineamientos del Manual para la Elaboración de Políticas de Prevención del Daño Antijurídico, planteada para ser finalizada en diciembre 2019, de acuerdo a los parámetros y acompañamiento de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado-ANDJE. Actualización de los procedimientos “Cobro coactivo”, “Defensa Legal”, Riesgo de gestión “Incumplimiento legal al vencerse los términos para actuaciones judiciales”, Riesgo de corrupción “Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros al representar al Ministerio de Salud y Protección Social en audiencias de conciliación llevadas a cabo ante autoridades administrativas o judiciales, en contravía de lo determinado por el Comité de Conciliación”, Manual de “Representación Judicial”, “Arbitramento” y “Conciliación Extrajudicial”.
Control Interno	El plan de mejora se encuentra en proceso de ejecución, el cual consiste en realizar la estructuración, documentación e implementación del Sistema de Control Interno con todos los actores involucrados. De igual manera la socialización e implementación en toda la entidad del Código de Integridad del Servidor Público, identificación de los riesgos del Sistema de Control Interno y estructurar la metodología para la gestión del cambio.
Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción	La política institucional para la administración del riesgo fue actualizada en abril de 2019, surtiendo la aprobación por parte del Comité Institucional de Control Interno, bajo los criterios de la guía del DAFP. De otro lado como parte del informe de evaluación de la Oficina de Control Interno se emitió concepto sobre el diseño y aplicación de los controles en las fichas de riesgo, dicho informe fue remitido a todos los líderes de proceso. Para la actualización en el 2019, se promovió como orientación técnica, asegurar la coherencia de los controles como actividades establecidas en procedimientos, normas y/o políticas de operación.
Racionalización de Trámites	De acuerdo con las distintas actividades llevadas a cabo en la presente vigencia se tiene un avance del 99,3% en la implementación de esta política. Para el análisis de todas las variables y priorizar el conjunto de trámites a racionalizar en adelante, se definió con las dependencias del MSPS tener en cuenta las variables que genera el SUIT ⁴¹ , Plan Nacional de Desarrollo, OCDE ⁴² , PQR (volumen de solicitudes), incluyendo relación con Acuerdos de Paz, costos y trámites engorrosos.
Gestión del Talento Humano e Integridad	Se establecieron los planes de mejoramiento producto del autodiagnóstico realizado en 2018, en el cual el proceso de Gestión del Talento Humano formuló 19 acciones para ejecutar en lo corrido del año. Dichas acciones quedaron formalizadas en el sistema de administración de acciones con número de plan 168 y 169.

39 Sistema Único de Información de Trámites

40 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Política de Gestión y Desempeño	Acciones
Gestión del Conocimiento y la Innovación	Se realizaron 2 mesas de trabajo con las siguientes dependencias: Grupo de comunicaciones, OAPES, Grupo de archivo, Grupo de Gestión Documental, OTIC, Grupo de Gestión del Conocimiento y Subdirección del Talento Humano, en la cual se desarrolló el autodiagnóstico establecido en 2019 por el DAFP ⁴³ . Este autodiagnóstico arrojó los siguientes resultados: Calificación Total:45,3%. Calificación por componentes: Planeación 29%, Generación y producción 42,4%, Herramientas y uso de apropiación 61,8%, Analítica institucional 27,3%, Cultura de compartir y difundir 63,3%. Para junio de 2019, la OAPES enviará el plan de mejora a las dependencias mencionadas para su aprobación y establecimiento de responsabilidades.
Planeación Institucional	Se definió el plan de trabajo para la consolidación de la plataforma estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social, en el que se realizaron las siguientes actividades relacionadas con la fase de diagnóstico institucional: Diseño y aplicación de la matriz de cruce de las funciones de las dependencias con el Plan Nacional de Desarrollo. Diseño y aplicación de una encuesta a cliente interno orientada a identificar FODA a nivel interno, igualmente busca identificar servicios internos prioritarios que requieren acciones de mejora. Diseño y aplicación de una encuesta a cliente externo, donde MIPG, en la Política de Planeación Institucional, solicita involucrar en la planeación a los grupos de valor. Diseño y aplicación de una entrevista Semi-Estructurada, a Viceministros, Directores, Jefes de Oficina, con el fin de Identificar los puntos de vista y lineamientos de las instancias de dirección de la entidad, como insumo para el proceso de consultas internas. Se realizó la estructuración de la matriz FODA a nivel institucional, la cual fue complementada con los resultados consolidados de las tipologías objeto de las PQRSD. Con la información consolidada y a través de talleres, se estableció una propuesta de misión, visión y objetivos estratégicos, los cuales, aparte de incorporar los resultados de la FODA institucional, incluye los lineamientos definidos por el señor Ministro, así como por el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” (Ley 1955 de 2019).
Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales–OAPES del Minsalud adelanta acciones encaminadas al fortalecimiento de los procesos de planeación, direccionamiento estratégico para el cuatrienio en el marco del PND, así como la promoción y fortalecimiento de la cultura de Evaluación y Seguimiento como mecanismo para mejorar la gestión y facilitar el logro de resultados para cada uno de los objetivos establecidos. En tal sentido, a lo largo del 1er trimestre de 2019, la OAPES adelantó un mapeo y caracterización de los diferentes compromisos y reportes del Ministerio frente a: Entidades del Estado; Entes de Control; Organismos Internacionales e internamente en los temas relacionados con: El Sistema Integrado de Gestión, Control Interno, Planeación, entre otros. Adicionalmente, con el apoyo de los delegados del Despacho del señor Ministro, los Viceministerios y Secretaria general. Se conformó un Comité Interno de Cumplimiento, el cual se reúne periódicamente para hacer seguimiento al avance de las diferentes estrategias y acciones formuladas, así como la generación de lineamientos que contribuyan al logro de los objetivos y metas del Ministerio. En este marco y ante el volumen y complejidad de los procesos de generación de reportes de información, se identificó la necesidad de desarrollar un mecanismo que facilite la gestión de seguimiento 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 principalmente que contribuya a la toma de decisiones.

Fuente: Minsalud. OAPES. Grupo de Desarrollo Organizacional

5.4 Transparencia y lucha contra la corrupción



En Comité Sectorial de Gestión y Desempeño, llevado a cabo en 2018 y liderado por el señor Ministro, se emprendió la iniciativa de construir un plan de transparencia sectorial junto con las entidades del sector y el acompañamiento de las Oficinas Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, Control Interno y Control Interno Disciplinario del Ministerio, en línea con las orientaciones de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, a partir de octubre de 2018.

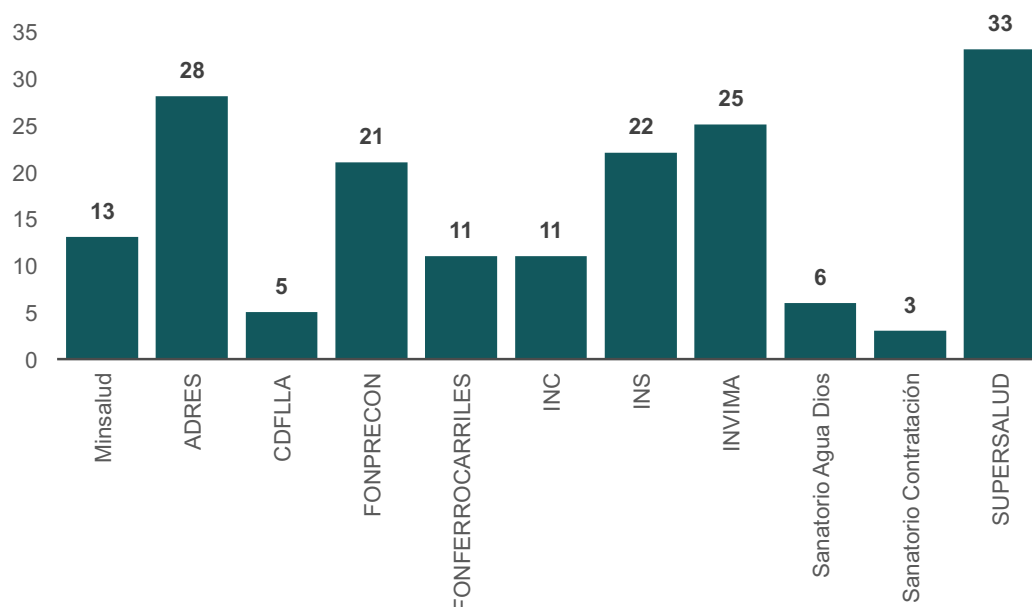
El plan actualmente abarca 5 subcomponentes: i) Política de Administración de Riesgos; ii) Mapas de Riesgos; iii) Transparencia Sectorial; iv) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; v) Gestión Disciplinaria, el cual se estableció con actividades, productos, responsables (o gestores) y términos.

El Ministerio de Salud y Protección Social hace una propuesta de hitos o contenidos de Política de Administración de Riesgos Sectorial para ser concertada con las entidades adscritas y establece la Política de Administración de Riesgos Institucionales que abarca el manejo de los riesgos asociados a los procesos definidos por la entidad, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que incluye: los riesgos estratégicos, riesgos de gestión, riesgos de corrupción y riesgos de seguridad de la información.

El proceso para la identificación de los riesgos contempló 5 pasos: i) Adaptar metodología de riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP; ii) PlanTEAMIENTO de una iniciativa de plan; iii) Socialización de la metodología y el instrumento con las entidades de sector; iv) Documentación de riesgos del sector; y, v) Establecimiento y aprobación de estrategias.

Bajo la metodología vigente, en el Ministerio se identificaron 13 riesgos de corrupción, entendidos como “la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo públicos hacia un bien privado”. Para el total del sector se identificaron 178 riesgos de corrupción. Por la naturaleza de las entidades y el nivel de esfuerzo en identificar este tipo de riesgos, la Supersalud ha sido la entidad que mayor número de riesgos de corrupción ha identificado con 33 riesgos; le siguen la ADRES (28 riesgos), el INVIMA (25), el INS (22) y FONPRECON (21).



Ilustración 28. Riesgos de corrupción. Sector Salud y Protección Social

Fuente: Minsalud–OAPES y Grupo de Desarrollo Organizacional

Es preciso aclarar que las entidades que aquí presentan un número mayor de riesgos que otras, no implica que sean las más corruptas; lo que se evidencia es que a través de sus sistemas de gestión y las funciones que cumplen, hacen que se deba acatar las orientaciones del Gobierno Nacional a través del DAFP, mediante la identificación de todos los posibles riesgos, así como diseñar controles para los mismos, con el fin de evitar su materialización.

En relación con los riesgos de gestión del Ministerio, se han actualizado bajo la nueva metodología 30 riesgos de gestión, de 52 identificados, que corresponden a 27 procesos definidos en la entidad.

Trámites y Servicios

En atención a la Directiva Presidencial No. 7 de 2018, cuyo propósito es Racionalizar Simplificar y Mejorar los Trámites ante Entidades Gubernamentales y el Ordenamiento Jurídico, se hizo extensiva la invitación a la ciudadanía en general, para que –hasta el 31 de octubre del mismo año– realizaran sus observaciones, comentarios, sugerencias, etc., en relación con los trámites, normas consideradas en desuso y normas de alto impacto.

Una vez consolidada la información de las entidades públicas por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Ministerio de Justicia, Departamento Nacional de Planeación y Departamento Administrativo de la Función Pública, se recibieron 6.000 interacciones de ciudadanos y empresarios, de los cuales 373 correspondieron al sector Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social, una vez recibida la base de datos del sector, a través de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales la remitió por medio electrónico y físico a las entidades adscritas y dependencias de este Ministerio, con el fin de continuar con la clasificación, organización, análisis, estudio de los comentarios y sus correspondientes respuestas.

De las observaciones recibidas del sector Salud y Protección Social se encontraron temáticas como:

- Consulta en la página de SISPRO del Ministerio de la Protección Social. Dili-genciamiento Circular 030.
- Reporte de información (indicadores en salud).
- Concepto de etiquetas para Registro Sanitario de Plaguicidas de uso Domés-tico.
- Registro Plaguicidas de Uso doméstico.
- Las autorizaciones de servicios; Recobro para las EPS; Pago de los recobros por parte del ADRES; Reportes de información de toda clase; Certificación de discapacidad; Resolución 1885.
- Autorización integral de prestación de servicios.
- Traslado EPS.
- Prescripción del derecho a solicitar el reembolso de prestaciones económicas.
- Informe de saneamiento de cartera.

En cumplimiento de la Directiva Presidencial No. 2 de abril 02 de 2019, cuyo propósito es avanzar en la transformación digital del estado e impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, generando valor público en cada una de las iteraciones digitales entre ciudadano y Estado y, mejorar la provisión de servicios digitales, el Ministerio estableció acciones enfocadas a integrarse con el Portal Único del Estado Colombiano y poner a disposición en línea los trámites y servicios existentes, teniendo en cuenta las necesidades y características de los usuarios.

5.5 Fenecimiento de la cuenta fiscal por la CGR



Por cuarta vez consecutiva, la Contraloría General de la República (CGR) feneció la cuenta fiscal del Ministerio de Salud y Protección Social. En esta ocasión como producto de la auditoría que realizó, durante el año 2019, a la vigencia 2018⁴². El fenecimiento se obtuvo por primera vez en el MSPS en lo correspondiente a las auditorías fiscales de la vigencia 2015.

Tabla 42. Fenecimiento de la cuenta fiscal del MSPS

Opinión contable	Opinión presupuestal
Sin salvedades	Razonable
Resultado: FENECE	

Fuente: Elaboración propia MSPS-OAPES con base en el Informe de Auditoría Financiera de la CGR comunicado mediante oficio CGR 2019EE0063966 y radicado en Minsalud con el 201942300841792, el 30-May./19

⁴² Este aspecto se ampliará en este mismo capítulo del informe, en la sección correspondiente a la gestión financiera y ejecución presupuestal.

A pesar de este buen resultado, la entidad procede a elaborar y ajustar el Plan de Mejoramiento vigente, con acciones y metas de tipo correctivo y/o preventivo dirigidas a subsanar algunos hallazgos administrativos, ninguno de connotación fiscal.

5.6 Control Interno



La Oficina de Control Interno (OCI) del MSPS lleva a cabo su función de Evaluador Independiente del Sistema Integrado de Gestión Institucional, a través de las actividades de control asignadas en las diferentes disposiciones normativas, especialmente las consagradas en la Constitución Política, las Leyes 87 de 1993, 489 de 1998 y 872 de 2003 y sus decretos reglamentarios, unificados en el Decreto 1583 de 2015, modificado con los Decretos 648 y 1499 de 2017.

La OCI desarrolla su labor mediante roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y, relación con entes externos de control⁴³. Roles que se complementan con las responsabilidades de la gestión del riesgo y del control del Modelo de las Tres Líneas de Defensa, que para el caso específico de la Oficina de Control Interno le corresponde la tercera línea⁴⁴.

Bajo dicho esquema la OCI ha estado cumpliendo dichos roles que se materializan, principalmente, en informes de auditoría y de seguimiento y evaluación, en los que se han consignado las recomendaciones con alcance preventivo, que permiten ofrecer un valor agregado a la gestión de la organización con el propósito de fortalecer el sistema de control interno y calidad en la prestación del servicio.

Es así como para el período se presentan logros alcanzados para cada uno de los roles, así:

Liderazgo estratégico

Se realizaron las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno con la asistencia y participación de todos sus miembros. El Comité fue convocado el 29 de octubre de 2018, en el cual se explicaron los cambios normativos especialmente los contenidos en el Decreto 648, los roles de las Oficinas de Control Interno, el Modelo de las Líneas de Defensa y la actualización del MECI. Adicionalmente se presentó el informe de gestión de la OCI a tercer trimestre de 2018, se revisaron los compromisos del Plan de Mejoramiento de la CGR, se solicitaron lineamientos para la creación del Comité Sectorial de Control Interno y se aprobaron las versiones finales del Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor.

En el 2019, se reunió el 13 de marzo de 2019, presentándose el programa Anual de Auditorías, por procesos, así:

- Gestión de las intervenciones individuales y colectivas en salud, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

43 Artículo 17, Decreto 648 de 2017.

44 Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional. Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Versión 2. Agosto de 2018.

- Transversalización de enfoques diferenciales.
- Actualización del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud.
- Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC.
- Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud.
- Desarrollo del Talento Humano en Salud.
- Gestión de Proyecto en Infraestructura.
- Integración de datos de nuevas fuentes al sistema de gestión de datos BDUA.
- Sistema de Información Financiera-SIIF.
- Actuación Especial Contratos Precontractual y Contractual OTIC.

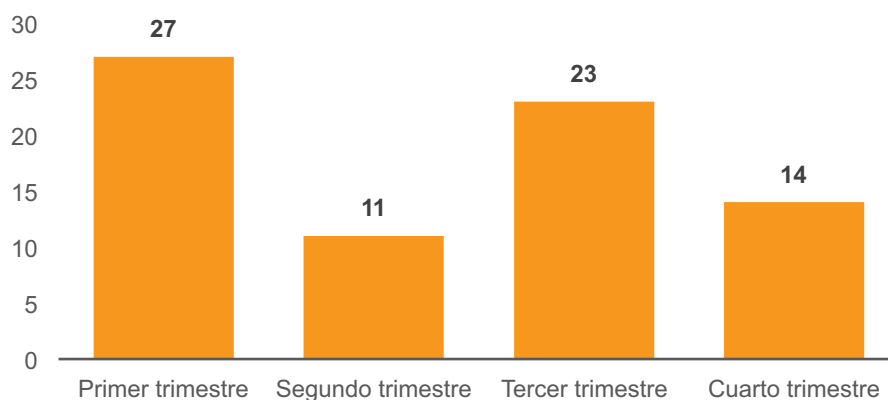
De igual forma se aprobaron los procesos de auditoria en calidad ISO 9001:2015 y Seguridad de la Información 27001:2013.

Enfoque hacia la prevención

El enfoque hacia la prevención apunta a que las Oficinas de Control Interno cumplan sus funciones concentrándose en análisis sistemáticos, oportunos y estructurados, que les permitan de forma anticipada, alertar o advertir a la organización sobre la posible ocurrencia de riesgos para que la alta dirección o líderes de procesos puedan definir y aplicar medidas para corregir las desviaciones que puedan afectar el logro de sus objetivos.

La Oficina de Control Interno presentó, durante el 2018, 75 informes exigidos normativamente y por distintas instancias, gestionados de la siguiente forma:

Ilustración 29. Informes



Fuente: MSPS-OCI

De igual modo cumplió con la programación y ejecución del Plan Anual de Auditorías aprobadas para el 2018, con enfoque en riesgos, a través de las cuales, en procura de la mejora continua, se establecen acciones correctivas, pero de igual modo se formulan recomendaciones con alcance preventivo, para los siguientes procesos:

Tabla 43. Procesos

Proceso	Líder	Estado de la auditoría
Gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas.	Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.	Cerrada
Gestión de Las Intervenciones Individuales y Colectivas para la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Dirección de Promoción y Prevención	Cerrada
Medida cautelar de asunción de la competencia en el sector Salud al departamento de la Guajira.	Procesos Misionales	Cerrada
Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	Subdirector Administrativo - Coordinador Grupo de Atención al Ciudadano	Cerrada
Convenio Minsalud- ICETEX- No. 2013-286 /798del 2013 al 2015.	Subdirectora Talento Humano	Cerrada
Planeación, Monitoreo y Evaluación de los Resultados en Salud Pública Planeación de la Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública, Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información.	Director Epidemiología y Demografía	Cerrada
SIIF	Gestión Financiera	Cerrada
Administración de Sistemas de Información	Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación.	Cerrada
Gestión Documental Planeación de la Gestión Documental, Administración de Correspondencia, Administración de archivos, Consulta y Préstamo de Documentos.	Coordinador Grupo Administración Documental y Coordinador Grupo de Archivo	Cerrada
Proyectos de Inversión	Jefe Oficina de Calidad	En ejecución
	Jefe Grupo de Comunicaciones	
	Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud	
	Director de Promoción y Prevención	
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Director de Medicamentos y Tecnologías	En planeación

Fuente: MSPS-OCI

En lo que va corrido del año, se han emitido 36 de los 74 informes de seguimiento previstos para la vigencia 2019 con un (48.6%) de cumplimiento. De igual forma se han desarrollado 3 de las 10 auditorías internas de gestión dispuestas en el Plan de auditorías, alcanzando un cumplimiento del (30%).

Relación con Entes Externos de Control

Se genera con el enlace entre la administración y los órganos de control con el fin de facilitar la comunicación y garantizar los criterios de oportunidad, integralidad y pertinencia de la información que se entregue a los organismos de control, básicamente con la Contraloría General de la República, en cuanto al seguimiento de las acciones promovidas para subsanar los hallazgos evidenciados, de acuerdo con la matriz del Plan de Mejoramiento, evidenciando los siguientes logros:

Tabla 44. Estado Plan de Mejoramiento CGR-31 de mayo de 2019

Responsables	Cumplidos	En ejecución	No Cumplidos	Total	Acciones retiradas auditoría CGR Vig.2018
Dirección de desarrollo del talento humano en salud	1	1	0	2	
Dirección de desarrollo del talento humano en salud - sub dirección financiera	0	0	0	0	1
Dirección de promoción y prevención- subdirección salud ambiental	9	0	0	9	
Dirección de promoción y prevención - subdirección financiera	0	1	0	1	
Dirección jurídica	2	1	0	3	
Dirección jurídica/ grupo defensa legal	2	0	0	2	
Dirección jurídica/ grupo patrimonios autónomos	3	27	0	30	
Dirección jurídica grupo de cobro coactivo - subdirección financiera	2	0	0	2	
Dirección jurídica/ grupo entidades liquidadas	0	0	0	0	
Dirección jurídica, subdirección financiera	1	2	0	3	
Dirección regulación de operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones	0	0	0	0	1
Fondo nacional de estupefacientes	2	1		3	8
Grupo admon de entidades liquidadas		1		1	
Oficina asesora de planeación y estudios sectoriales	0	0	0	0	
Oficina de gestión territorial, emergencias y desastres	0	0	0	0	
Oficina de promoción social	2	2	0	4	
Otic	0	0	0	0	
Promoción social. Dirección jurídica	0	0	0	0	
Subdirección financiera	2	1	0	3	1
Total	26	37	0	63	11
	41,3%	58,7%	0%	100%	

Fuente: MSPS-OCI

De acuerdo con el estado de las 63 acciones del plan de Mejoramiento con corte a 31 de mayo de 2019, generadas sobre 50 hallazgos, se observa que se han cumplido 26 (41,3%), están en ejecución 37 (58,7%), habiéndose retirado durante la vigencia 2018, 11 acciones.

De otra parte, se hace seguimiento, verificación y control de respuesta a 120 requerimientos recibidos de los Entes de Control-Promedio mensual de 30 requerimientos, generando correos de alerta para su oportuna respuesta mediante el uso del correo institucional.

Evaluación de Gestión del Riesgo

Las Oficinas de Control Interno cumplen un doble propósito frente a este rol: i) asesoría y acompañamiento técnico como complemento a lo realizado por las Oficinas de Planeación y, ii) evaluación y seguimiento a cada una de las etapas de la gestión del riesgo. Este último objetivo, incluye varias acciones: a) Formular el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos; b) Durante la ejecución de las evaluaciones periódicas y las auditorías, verificar la administración del riesgo e identificar riesgos presentes o potenciales que podrían tener un impacto significativo en el sistema de control interno; c) Evaluar la Gestión del Riesgo en la Entidad desde la política hasta la valoración de la pertinencia y efectividad de los controles y acciones de mejora; d) Promover espacios de autoevaluación de riesgos; e) Comunicar al Comité Institucional de Control Interno los resultados de esta gestión para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente⁴⁵.

La mayoría de los procesos, definen como controles frente a la probabilidad y al impacto los Subcomités Integrados de Gestión, como el espacio a través del cual hacen seguimiento a los riesgos identificados. Al consultar las actas que se allegan a la Oficina de Control Interno, se evidenció que ciertamente el tema figura dentro de las agendas de éstos, no obstante, para todos los casos no se observa profundidad en los análisis ni la toma de decisiones que permita una mejor gestión de éstos.

5.7 Estudios, evaluación de políticas públicas en salud y gestión del conocimiento



Como parte del proceso de fortalecimiento de la capacidad institucional en el sector salud para la toma de decisiones de política pública basada en evidencia, se destaca el trabajo del Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública, creado en 2015 como parte de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, con el fin de mejorar la coordinación y optimización de los procesos relacionados con la elaboración de estudios sectoriales, investigación y evaluación de políticas públicas en salud, a fin de dar elementos de juicio basados en evidencia a los tomadores de decisiones.

En este contexto, el mencionado grupo ha participado en la elaboración y/o apoyo metodológico de estudios, investigaciones y evaluaciones del sector a dependencias del Ministerio, así como al Departamento Nacional de Planeación (DNP) en lo que compete específicamente a evaluaciones del sector salud.

⁴⁵ Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno. Versión 3. Diciembre de 2018.

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos dentro del período comprendido para el presente informe, diferenciados en tres líneas de trabajo y un componente transversal de divulgación, así⁴⁶:

Estudios Sectoriales en Salud

Los estudios sectoriales se convierten en una herramienta fundamental que ofrece información general con datos reales y actualizados sobre la situación del sector salud. La información aportada por los estudios sectoriales permite establecer las bases del análisis objeto de estudio y generar evidencias para soportar la toma de decisiones de política pública del Ministerio como ente rector del SGSSS.

En esta misma línea de trabajo, se brindó apoyo en el análisis de impacto normativo de la regulación del contenido de sodio, adelantado por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio, en cuanto a la evaluación y selección de alternativas para lo cual se realizó una búsqueda y revisión de literatura, exploración y levantamiento de documentos científicos, se identificaron las variables asociadas a los costos y beneficios de las intervenciones evaluadas, y se efectuó un análisis preliminar de costo beneficio con un horizonte de tiempo de 10 años.

Con respecto al análisis de impacto normativo de bebidas alcohólicas, adelantado igualmente por la Dirección de Promoción y Prevención, se dio inicio a la revisión del mismo y a las intervenciones en este tema para determinar los datos requeridos.

De otra parte, los resultados de la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 mostraron aspectos críticos respecto del diseño y financiamiento institucional alrededor del gasto en salud pública particularmente en la operación del PIC, hallazgos que involucran a la entidad territorial y a los hospitales, particularmente en los siguientes aspectos: dispersión de recursos y de acciones; debilidad en la capacidad para asumir la ejecución del PIC; problemas financieros; debilidad en los diagnósticos situacionales para la planeación de actividades y temporalidad de la contratación.

Es así como se estableció como objetivo general de este estudio, “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 y como objetivos específicos los siguientes:

- Determinar el efecto de la Resolución 518 de 2015 (componente Plan de Intervenciones Colectivas) en relación con el auto sostenimiento de los hospitales públicos colombianos.
- Identificar los agentes y factores de mercado que afectan la liquidez de los hospitales públicos (afiliación por régimen, oferta de mercado, IPS-I, nivel de atención y servicios, talento humano en salud, red de prestación y voluntad política).

46 Cuenta con las líneas de trabajo: Estudios Sectoriales, Evaluaciones de política pública e Inteligencia estratégica, a las que se suma un componente de divulgación y gestión del conocimiento. Los productos relacionados se encuentran disponibles para consulta pública a través del enlace: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-y-evaluaciones-sectoriales.aspx>

- Relacionar los factores del contexto situacional que inciden en el resultado financiero de los hospitales públicos (población y epidemiológico).
- Establecer los factores operativos internos que explican el resultado financiero de los hospitales públicos colombianos (facturación, cartera, ejecución presupuestal, contratación, talento humano y salarios, gerente, insumos y equipos).
- Derivar recomendaciones de política para el mejoramiento de la operación y financiamiento de los hospitales públicos en relación con el PIC.

La ejecución del estudio se programó en dos fases: la primera iniciando en diciembre de 2018 con la ejecución de las siguientes actividades: revisión bibliográfica, recolección de información y alistamiento de información (cuantitativa y cualitativa); y una segunda etapa a realizar durante 2019 para la definición metodológica, procesamiento de información, análisis, generación de resultados y socialización de los mismos.

Evaluaciones de Política Pública en Salud

Una evaluación de política pública en salud consiste en una investigación sistemática y objetiva aplicada en alguno de los diferentes eslabones de la cadena de valor (procesos, productos, resultados) que tiene como finalidad generar evidencia que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos (intervenciones públicas) del Gobierno Nacional⁴⁷.

En esta materia, se finalizaron las evaluaciones –una de ellas en coordinación con el DNP– con la siguiente descripción:

Tabla 45. Evaluaciones finalizadas en el período

No.	Intervención pública evaluada	Tipo de evaluación	Entidad líder de la evaluación*	Fase
1	Evaluación Plan Decenal de Salud Pública (Resoluciones 1536 y 518 de 2015)	De procesos e institucional	Ministerio de Salud y Protección Social	Finalizado Año 2018
2	Evaluación de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre	Institucional y de resultados	Departamento Nacional de Planeación-DNP	Finalizado Año 2018

Fuente: Minsalud–OAPES- Grupo de Estudios y Evaluación de Política Pública

Inteligencia Estratégica

La inteligencia estratégica es entendida como el uso de herramientas innovadoras de análisis que permite el seguimiento permanente y pormenorizado de la literatura académica y científica que se genera tanto en el país como en el resto del mundo, así como la

47 CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1290 de 2014. Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados-SINERGIA. (2014)

realización de estudios de política pública comparada que permita adoptar las mejores prácticas internacionales al modelo de salud colombiano, con el fin de generar conocimiento que conlleve a la toma de decisiones basada en la evidencia, dentro de las cuales se encuentran: las revisiones sistemáticas y los informes sobre políticas.

Tabla 46. Acciones de inteligencia estratégica desarrolladas en el período

No.	Resumen de política (Policy brief)	Objetivo
1	Estrategias para el acceso a servicios de salud de la población habitante de calle	Dar a conocer las estrategias más utilizadas a nivel internacional que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de la población habitante de calle, mediante una revisión de literatura, con el fin de generar recomendaciones para la implementación de la Política Pública Social de Habitante de Calle (PPSHC) en Colombia, sobre todo en lo relacionado al componente de atención integral en salud.
2	Pinturas del hogar con plomo: un riesgo silencioso para nuestros niños	Presentar los efectos del plomo en las pinturas decorativas la cual es uno de los peligros potenciales a los que están expuestos los niños en los hogares, los daños que se pueden causar, las reglamentaciones existentes y las opciones de política recomendadas para minimizar el riesgo de exposición de los niños a los potenciales efectos tóxicos de esta sustancia.
3	Regulación de la publicidad de las bebidas alcohólicas: estrategias para la protección de la población juvenil	Brindar herramientas basadas en experiencias de otros países que ayuden a orientar la toma de decisiones basadas en evidencia con respecto a la regulación y desarrollo de estrategias que contrarresten los efectos de la exposición a publicidad de bebidas alcohólicas en jóvenes.

Fuente: Minsalud–OAPES- Grupo de Estudios y Evaluación de Política Pública

Divulgación y Gestión del Conocimiento

Se han establecido estrategias para la difusión de los hallazgos y el conocimiento desarrollado por múltiples autores de diferentes ámbitos –entre ellos el académico y el estatal– respecto a la política pública en salud, y que han sido denominadas “Diálogos en Salud” y “Papeles en Salud”.

“Diálogos en Salud” fue instituido como escenario de discusión y difusión de los estudios, investigaciones y evaluaciones del sector salud bajo la modalidad de seminario, de carácter mensual, cuyo propósito es brindar elementos para la formulación, debate y ajuste de la política pública en salud y protección social, teniendo como fin último la toma de decisiones basada en la evidencia.

El espacio de divulgación de estudios y evaluaciones producidos sobre el sector salud ha continuado incentivando la interacción entre expositores y asistentes, a fin de generar debates para la generación de nuevas políticas públicas, ajustes a las existentes o la expansión del conocimiento. Durante el último año corrido, se realizaron los siguientes seminarios bajo las temáticas que se describen a continuación:

Tabla 47. Seminarios Diálogos en Salud

No.	Tema	Expositores	Institución	Fecha realización
1	Desigualdad de ingresos y satisfacción subjetiva en salud: Evidencia para Colombia	Pamela Góngora	Ministerio de Salud y Protección Social- Despacho del Ministro	05/2018
2	Ranking de EPS	Oficina de Calidad	Ministerio de Salud y Protección Social-Oficina de Calidad	06/2018
3	Encuesta de riesgo cardiovascular-ERICA	Norman Maldonado	Fundación Salutia- Gobernación de Risaralda	07/2018
4	Carga de enfermedad de enfermedades transmisibles	Alexandra Porras Ramírez	Ministerio de Salud y Protección Social- Dirección de Promoción y Prevención	08/2018
5	Laboratorio de simulación de políticas en salud-Simudat	Norman Maldonado	Fundación Salutia- Gobernación de Risaralda	09/2018
6	Pinturas del hogar con plomo: un riesgo silencioso para nuestros niños	María Nathalia Muñoz Guerrero Gilberto O´Farrill Delis	Instituto Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social- Dirección de Promoción y Prevención.	10/2018
7	Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública (Resoluciones 1536 y 518 de 2015)	Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública	Ministerio de Salud y Protección Social-Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	11/2018
8	Que no le cueste la vida-Use casco certificado	Johanna Espinosa Raúl Molina Pablo Chaparro	Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto Nacional de Salud	02/2019
9	Costos de la enfermedad cardiovascular	Norman Maldonado Sandra Camacho	Fundación Salutia	03/2019
10	Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar.	Juan Carlos Rivillas Mariana Calderón	Profamilia	04/2019
11	Eficacia de las imágenes de advertencia para el control del consumo de tabaco. Un análisis desde las neurociencias.	Carlos Gantiva Miguel Sotaquirá	Universidad San Buenaventura	05/2018

Fuente: Minsalud–OAPES- Grupo de Estudios y Evaluación de Política Pública

Paralelo a este espacio, se ha continuado con la publicación de documentos de trabajo “Papeles en salud”, como una iniciativa constituida por una serie de documentos técnicos relacionados con política pública en salud nutrida principalmente por trabajos desarrollados por los funcionarios del Ministerio y sus entidades adscritas o vinculadas, pero que también invita al público en general a difundir los trabajos rigurosos hechos por la ciudadanía sobre el sector y que tiene como principal objetivo servir como herramienta para la toma de decisiones de política pública, que aporten al debate del sector y que permitan mejorar la calidad de las intervenciones.

5.8 Resultados de la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible–ODS en el sector



La Agenda 2030⁴⁸ propende por la protección de los derechos, la igualdad de oportunidades y la inclusión social, que en términos de política pública están directamente relacionadas con la apuesta política del sector por alcanzar mayor equidad en salud. Dentro de los aspectos a resaltar de la Agenda se encuentra el compromiso de los Estados por la generación de sinergias entre los diferentes actores involucrados en la implementación de ésta, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, de manera sostenible, de las personas.

Esta premisa es considerada desde el sector salud como un eje que impulse la ruptura del paradigma con el que se liga la salud en país, como el conjunto de prestaciones de servicios al paciente (o la ausencia de enfermedad).

Este escenario -en el que se desarrolla no solo la ejecución de la Agenda 2030 sino la implementación del Plan Decenal de Salud Pública- busca llevar el entendimiento de la salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como de su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condiciones esenciales para la vida.

La apuesta por la ruptura de este paradigma es bien representada en el CONPES 3918⁴⁹ de 2018 (el cual define los lineamientos para la implementación de los ODS en Colombia y establece la base para el sistema de seguimiento), al ampliar el marco de acción de las entidades del orden nacional frente al cumplimiento de las metas ODS a través de la estrategia de reconocimiento de entidades líderes y acompañantes.

A partir de esta estrategia se definió que el Ministerio de Salud y Protección Social interviene en treinta y un (31) metas ODS, a través del liderazgo de once (11) metas y el acompañamiento en veinte (20) metas más. Cada una de estas metas cuenta con un plan de trabajo con acciones encaminadas al cumplimiento de las mismas.

48 En septiembre de 2015, más de 150 jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en la histórica Cumbre del Desarrollo Sostenible en la que aprobaron la Agenda 2030. Para más detalles sobre esta Agenda y los ODS, se sugiere consultar los siguientes enlaces: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>; y, <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

49 Documento CONPES 3918 de 2018 “Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Colombia” (Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>).

Ilustración 30. Metas ODS lideradas y acompañadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.



Fuente: MSPS. Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.

Avance en la implementación de la Agenda 2030

Durante el primer semestre del presente año se realizó el primer reporte de los indicadores del **ODS2. Hambre cero**.

2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Entre el 2015 y el 2017 la mortalidad por desnutrición en menores se ha reducido alrededor de 0,96 muertes por cada 100 mil niños y niñas menores de cinco años, lo que equivale a cerca de 42 muertes menos en 2017, en relación a los resultados registrados en 2015.

Ilustración 31. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (x100.000 niños <5 años)



Fuente: Elaboración propia MSPS a partir del Registro de Estadísticas Vitales –EEVV. DANE, disponible en el cubode indicadores de SISPRO. Consultado marzo 2019.

LB corresponde a la línea de base.

Adicionalmente, es importante señalar que al cierre del 2017 se logró el cumplimiento anticipado de las metas definidas para el 2018 y 2030, evento que se convierte en un reto importante para el país en los años venideros, esto desde dos perspectivas:

- Mantener y/o reducir la tasa registrada a la fecha.
- Intensificar la reducción de brechas poblacionales y territoriales.

Lo anterior dado que en 2017 el mayor número de muertes por desnutrición en menores de 5 años se registran en el área rural del país, como lo señala la siguiente ilustración.

Ilustración 32. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (x100.000 niños menores de 5 años)



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales –EEVV. DANE, disponible en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado marzo 2019 *Nota: el 4% restante hace referencia a no registra información.

Los departamentos que registran el mayor número de muertes por desnutrición son: La Guajira, Cesar y Magdalena; los que registran la mayor tasa son: Vichada, Guainía, La Guajira, Cesar y Chocó.

Salud y Bienestar

3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Desde la década pasada el número de maternas fallecidas por cada 100 mil nacidos vivos viene en descenso. Tras la adopción de la Agenda 2030 el indicador muestra el mismo comportamiento, al reducir 2,7 muertes por cada 100 mil nacidos desde el 2015.




Este comportamiento se ve reflejado especialmente frente a la variable asociada al lugar de residencia, donde los centros poblados y las áreas rurales, presentaron la mayor reducción. Al mantenerse la tendencia, para el 2018 se alcanzará la meta definida para ese año.

Ilustración 33. Razón de mortalidad materna a 42 días (x100.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales –EEVV. DANE, disponible en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado marzo 2019. LB corresponde a la línea de base.

Ilustración 34. Razón de mortalidad materna a 42 días (x100.000 nacidos vivos) según lugar de residencia

	2015	2016	2017
 Cabecera	44,08	45,45	45,57
 Centro poblado	92,80	57,30	43,70
 Rural	85,25	81,11	70,54

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales –EEVV. DANE, disponible en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado marzo 2019

No obstante, frente a la desagregación departamental se resaltan tres (3) aspectos:

- Quince (15) departamentos se encuentran por encima del registro nacional, entre esos los siete (7) departamentos de la región del Caribe;
- Los departamentos de La Guajira (147), Chocó (285) y Vichada (393) siguen registrando la razón de mortalidad materna más altas del país;
- Los departamentos de Atlántico, Bolívar, Boyacá, Cesar, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda y Tolima, en los últimos tres años, han aumentado la razón de mortalidad materna.

5.9 Promoción Social



Víctimas del conflicto armado y el PAPSIVI

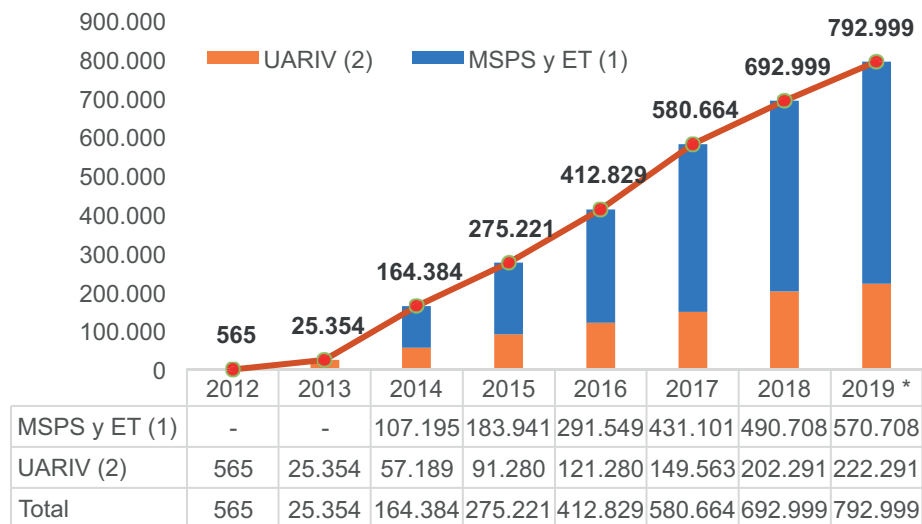
El Ministerio de Salud y Protección Social implementó el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas–PAPSIVI⁵⁰ desde el año 2013, como parte de las medidas de reparación y mitigación de los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas del conflicto armado.

⁵⁰ 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.

Por un lado, 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, lo que representa el 93% de cobertura de afiliación⁵¹.

En cuanto a la Medida de Rehabilitación Psicosocial, en el período comprendido entre el 1º de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019, se logró la atención de 69.146 víctimas en el marco de la estrategia de atención psicosocial del PAPSIVI. Se precisa que, desde 2012 a diciembre de 2018, el Gobierno Nacional logró la atención psicosocial de 692.999 víctimas⁵², lo que representa un avance en 3,7 puntos porcentuales (23%) respecto a 2017 (19%)⁵³

Ilustración 35. Acumulado de Víctimas atendidas por PAPSIVI 2012-2019*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-UARIV. * En 2019, No. de atendidos proyectados.
 (1) Ministerios de Salud y Protección Social (MSPS) y Entidades Territoriales (ET) por concurrencia.
 (2) Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV)

Para el nuevo Plan Nacional de Desarrollo, el Gobierno Nacional se comprometió a atender mediante el componente psicosocial a 460.000 víctimas del conflicto armado, 380.000 a través de PAPSIVI, y 80.000 a través de la Estrategia de Recuperación Emocional a nivel Grupal –ERE-G, de la UARIV.

De otra parte, en el marco de la Estrategia de Participación Efectiva de Víctimas definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, desde el año 2012, se han desarrollado más de 580 encuentros con las mesas departamentales, municipales y los plenarios nacionales de las Mesas de Participación.

51 Lo cual implica que tienen un número de atenciones promedio en el último año por persona de 13,33.
 52 De las cuales 202.291 se han atendido por Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado- UARIV (a través de la estrategia de Recuperación Emocional a nivel Grupal –ERE-G) y 490.708 se han atendido a través del componente psicosocial de PAPSIVI.
 53 Esto de acuerdo a la meta de 3.000.000 de víctimas establecida en el CONPES 3726 de 2012 (para el periodo 2012-2022).

Finalmente, en lo que se refiere a la asignación presupuestal para implementación de PAPSIVI, se tiene que entre el año 2013 al 2018, la ADRES (antes FOSYGA) y el Ministerio de Salud han logrado una asignación total de \$104.046 millones de pesos (constantes de 2018), para ampliar coberturas de atención. Para la vigencia 2019, el Ministerio de Salud desde las dos fuentes de financiación (ADRES e inversión) tiene programado un presupuesto por \$23.740 millones (reales base 2018) para una meta de atención psicosocial de más de 80.000 víctimas (sin incluir meta de concurrencia de entidades territoriales).

Tabla 48. Asignación presupuestal para la implementación territorial del PAPSIVI (millones de pesos)

Año	Minsalud	Minsalud	Concurrencia Entidades Territoriales	Financiamiento Total
	Proyecto de inversión	ECAT FOSYGA (hoy ADRES)		
2013	\$ 0	\$ 15.912	\$ 0	\$15.912
2014	\$ 0	\$ 20.617	\$ 0	\$20.617
2015	\$ 4.690	\$ 13.208	\$ 1.560	\$19.457
2016	\$ 7.449	\$ 13.967	\$ 1.787	\$23.203
2017	\$ 7.193	\$ 15.270	\$ 14.933	\$37.396
2018	\$ 5.740	\$ 0	\$ 18.947	\$24.687
2019*	\$ 5.740	\$ 18.000	\$ 2.000	\$25.740
Total	\$ 30.812	\$ 96.974	\$ 39.227	\$167.012

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 31 de marzo de 2019

* Cifras de 2019 son estimaciones sin el crecimiento de IPC

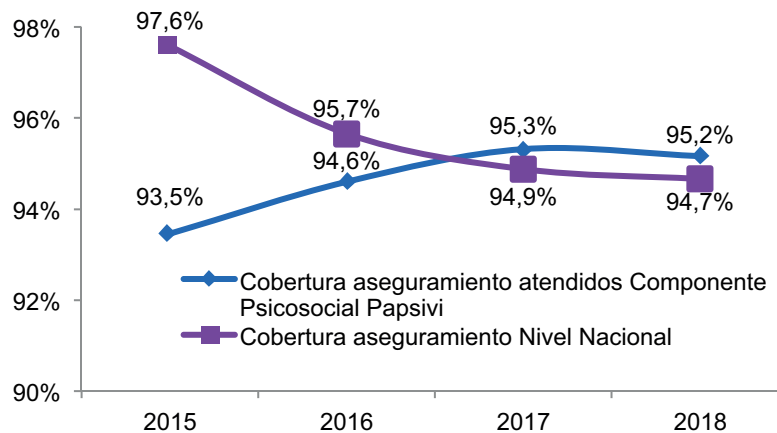
(3% según supuestos macroeconómicos del DNP)

De otro lado, desde el año 2015, el Ministerio de Salud cuenta con una estrategia de coordinación Nación–Territorio para la implementación gradual y progresiva del PAPSIVI. Como resultado de dicha estrategia para la vigencia 2019, 16 entidades territoriales han anunciado recursos de concurrencia para la implementación del Programa.

Evaluación del PAPSIVI

A partir de enero de 2019 y atendiendo a la necesidad de evaluar la Ley de Atención a Víctimas (Ley 1448 de 2011) que es un objetivo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, el Ministerio de Salud ha diseñado y aplicado la primera fase de la Evaluación del PAPSIVI, para lo cual ha dispuesto la organización y veeduría de pares representantes de la comunidad académica nacional, además de los recursos nacionales para lograr determinar los avances y cuellos de botella del programa.

Luego de cinco años de ejecución del programa y como resultados más destacables a la fecha, la cobertura del sistema de salud para las víctimas del conflicto armado –luego de PAPSIVI– ha sido incremental y actualmente es levemente mayor que la cobertura nacional (95,2%); por otro lado, las atenciones en salud mental disminuyen 33% respecto a la media nacional luego de que se aplica la medida de atención psicosocial.

Ilustración 36. Cobertura PAPSIVI

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

Asimismo, se ha mejorado sustancialmente la relación costo beneficio pasando de 600 mil pesos por atención psicosocial a 200 mil en promedio y el índice de percepción de mejoría y/o rehabilitación por parte de los beneficiarios es muy alto, llegando a un promedio nacional superior a 8,5.

Sin embargo, también se destaca que el número de atenciones psicosociales logradas a la fecha es muy bajo respecto a la meta de la Ley (24%), lo cual se ha atenuado por la incorporación de presupuestos de los entes territoriales, aunque sigue siendo el mayor reto del programa. Actualmente se diseñan modificaciones a la operación actual del programa y se consideran alternativas que permitan realizar un número mayor de atenciones anuales a través de otros canales de sistema en salud.

En el segundo semestre de 2019 el Ministerio seguirá aplicando la metodología de evaluación, ya avalada por distintas entidades nacionales técnicas y organismos de control, para así profundizar los actuales hallazgos y otorgar el sustento necesario para realizar cambios en la operación del programa que redunden en mayores coberturas y el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de las víctimas del conflicto armado interno colombiano.

Población con Discapacidad

El Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló acciones orientadas al aumento de cobertura y actualización del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad–RLCPD⁵⁴; en el periodo comprendido entre agosto de 2018 y marzo de 2019 han sido registradas 99.120 personas, para un total acumulado, desde 2002 a marzo de 2019, de 1.471.761 personas caracterizadas.

En el marco del proceso de alistamiento para la implementación de la Certificación de Discapacidad articulada al RLCPD, se ha avanzado en la complementación de la formación del talento humano en salud con 580 equipos multidisciplinarios en el país.

⁵⁴ 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

Tabla 49. Estadísticas formación y cobertura equipos multidisciplinarios. Certificación de discapacidad

Periodo	Profesionales y Equipos conformados									
	Médico	Fisioterapia	Fonoaud.	Terapia Ocup.	Enfermería	Psicología	Trabajo Social	Total Profesionales	Equipo	Meta de equipos 2019
2018	478	319	88	93	296	318	153	1.745	299	250
2019	579	335	112	106	315	318	135	1.900	281	300
Acumulado	1.057	654	200	199	611	636	288	3.645	580	550
Participación	29%	18%	5%	5%	17%	17%	8%	100%		

Fuente: Oficina Promoción Social – Estadísticas Proceso Formación Talento Humano en Salud

Con el apoyo de la cooperación internacional y una inversión de \$3.943 millones de pesos corrientes por parte de USAID, se desarrolló en el año 2018 un proceso de fortalecimiento de las unidades de rehabilitación funcional en la red pública de prestación de servicios en Bolívar, Cauca, Chocó y Antioquia, a través del mejoramiento de infraestructura, dotación, formación de profesionales, y el establecimiento de servicios comunitarios de rehabilitación. En 2019 este proceso se extiende a Caquetá, Nariño y Córdoba.

En el marco de los Acuerdos de Paz, excepcionalmente, se estableció una ruta de atención con cooperación nacional e internacional para enfermedades de alto costo y para lesiones derivadas del conflicto, a través del aseguramiento en salud y complementando acciones en rehabilitación. A la fecha se han entregado a 121 personas productos de apoyo (prótesis, órtesis y sillas de ruedas) y se registran más de 5.694 atenciones en salud a personas reincorporadas con discapacidad y con enfermedades de alto costo.

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 2014⁵⁵, a la fecha el MSPS sigue desempeñando estas funciones.

55 “Artículo 24. Establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente. Estos establecimientos están destinados a alojar y rehabilitar a inimputables por trastorno mental, según decisión del juez de conocimiento previo dictamen pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y a aquellas personas a quienes se les sustituye la pena privativa de la libertad por internamiento en este tipo de establecimientos como consecuencia de un trastorno mental sobreviniente. En ningún caso este tipo de establecimiento podrá estar situado dentro de las cárceles o penitenciarías. Estos establecimientos tienen carácter asistencial, deben especializarse en tratamiento psiquiátrico, rehabilitación mental con miras a la inclusión familiar, social y laboral. La custodia y vigilancia externa de estos establecimientos estará a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), y la construcción de los mismos estará a cargo de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios. En todo caso, contarán con personal especializado en salud mental en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 105 del presente Código y con estricto cumplimiento de los estándares de calidad que para tal efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social en reglamentación que expida para tal efecto dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley.”

En cumplimiento de lo anterior, para la vigencia 2018, mediante Resoluciones 997 y 5864 se asignaron recursos a trece (13) entidades territoriales⁵⁶, por 15.863 millones de pesos corrientes, con el fin de que celebren contratos o convenios con IPS de reconocida y comprobada idoneidad, especializadas en el área de Salud Mental que brinden los servicios objeto del programa. En este marco, en la vigencia fueron atendidos en el Programa 442 personas inimputables mediante 421 cupos en 15 IPS.

Para la vigencia 2019, mediante Resolución 493 de 25 de febrero de 2019 se asignaron recursos a trece (13) entidades territoriales por 13.681 millones de pesos corrientes, que permite cubrir el costo de 241 días calendario (se tramitará resolución para la nueva asignación que permita cubrir el costo total de la vigencia). En este marco, en lo corrido del 2019, han sido atendidos en el programa 400 personas inimputables mediante 424 cupos en 15 IPS.

Transversalización del Enfoque de Género

Colombia, según lo establece la Constitución Política de 1991, es un Estado Social de Derecho, democrático, participativo y pluralista, que se fundamenta en el respeto a la dignidad humana, el trabajo y la solidaridad de las personas que lo integran, con prevalencia del interés general (artículo 1º) y que reconoce que en tanto que todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley recibirán la misma protección y trato y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin discriminación por razones de sexo, raza (sic), origen, lengua, religión, opinión política o filosófica, para lo cual promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados (artículo 13).

Como desarrollo de esa visión de Estado, en 2015 se adoptó la Ley 1751, estatutaria del derecho fundamental a la salud que retomó el enfoque de salud desarrollado por la Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, plasmado en la Observación General 14 de 2000. Esta ley fue impulsada por este Ministerio y en el artículo 11 de la misma dispuso lo siguiente:

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1º. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

⁵⁶ Que certificaron el cumplimiento de los criterios para tal fin establecidos en Resolución 1721 de 2017.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

Sobre esta base, como determinante estructural de la salud, el género establece procesos de diferenciación entre hombres y mujeres y produce niveles de vulnerabilidad, severidad y frecuencia de los problemas de salud y carga de enfermedad distintos para cada sexo. Al interactuar con la posición social y el grupo étnico, el género influye en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos económicos y la distribución de beneficios que repercuten en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado. Es así que este Ministerio, mediante la transversalización del enfoque de equidad de género, pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permita contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generan inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover el derecho a la salud de las mujeres, los hombres y las personas con identidades y orientaciones de género diversas, con el propósito de lograr la igualdad de género y contribuir al goce del derecho a la salud de todas las personas.

Así, el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, soportado en la evidencia científica sobre salud y género, ha avanzado en la transversalización del enfoque de género en sus políticas, planes, programas y proyectos de modo que se incida positivamente sobre (i) los resultados en salud de mujeres y hombres, (ii) la calidad de la atención y (iii) la eficiencia de los servicios de salud durante todo el proceso de la atención, con el propósito de que ellas y ellos se beneficien equitativamente.



Se ha avanzado en:

- Definición de claves y desafíos para la incorporación del enfoque de género en el sector salud.
- Informe de recomendaciones sobre la incorporación del enfoque de género en el sector salud.
- Línea de base del talento humano del Ministerio de Salud y Protección Social sobre percepciones y conocimientos de género.
- Lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud
 - Proyecto de resolución para la conformación del grupo de género del MSPS.
- Conformación de un grupo funcional de Género liderado por el Despacho del Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

La integración/transversalización del enfoque de igualdad/equidad de género en el sector de la salud (como en otros sectores) es una empresa de largo alcance que al convertirse en una política de Estado hace factible que las políticas sectoriales alcancen el éxito esperado.

La estrategia actualmente propuesta en el MSPS, se fundamenta en la visualización del escenario deseado, con un análisis de oportunidades y barreras para superar las inequidades sociales que afectan la salud y calidad de vida de las mujeres y también de los hombres. Desde aquí se definirán acciones que permitan avanzar hacia el logro de la igualdad en materia del derecho a una salud de calidad que reconozca y favorezca la autonomía de mujeres y hombres para la toma de decisiones sobre su salud.

Mujer y género

Durante el segundo semestre de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social culminó la estructuración del proyecto de Decreto Reglamentario de las leyes 1257 de 2008 y 1753 de 2015 para la implementación de las medidas de atención para las mujeres víctimas de violencias. En noviembre fue remitido a los Ministerios de Defensa, de Educación Nacional y de Justicia y del Derecho para su revisión, aprobación y trámite de firma. A la fecha, el proyecto se encuentra en proceso final de concertación condicionado a ajustes para su expedición.

En lo relacionado con la acción de “Transversalización del Enfoque de Género”, durante el segundo semestre de 2018 mediante la Cooperación de Eurosocial+, y la Cátedra UNESCO/Argentina, se obtuvo un informe diagnóstico y sendas recomendaciones sobre la incorporación del enfoque de género en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y el Modelo de Atención Integral en Salud –MIAS.

Personas adultas mayores, vejez y envejecimiento humano

Durante el segundo semestre de 2018 se brindó asistencia a las entidades territoriales para la implementación de las condiciones mínimas a cumplir por los centros vida y centros día para el adulto mayor, conforme con las Resoluciones 024 de 2017 y 055 de 2018. Este último acto administrativo entró en vigor el 15 de enero de 2019 y se espera su vigilancia y control por intermedio de las Secretarías Departamentales de Salud. Así mismo, en desarrollo de la Ley 1850 de 2017 y en alianza con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó la Cartilla⁵⁷ sobre Buen Trato a las Personas Adultas Mayores con el propósito de ofrecer información a los responsables del cuidado, bienestar y calidad de vida de estas personas.

Por otra parte, se aportaron insumos para la exposición de motivos que sustenten el proyecto de Ley para la adhesión de Colombia a la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de personas mayores, aprobada por OEA⁵⁸ en 2015.

57 Se puede consultar en el enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../cartilla-buen-trato-adultos-mayores.pdf>

58 Organización de Estados Americanos-OEA. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2015.

Familia

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha liderado la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias–PPNAFF por más de 10 años, con el fin de brindar orientaciones generales para la acción del Estado en torno a la comprensión, movilización social y gestión política de las familias en términos de desarrollo humano y social, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1361 de 2009 sobre la Protección Integral a la Familia.

En este sentido, los planteamientos del pacto por la equidad⁵⁹, de las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 expresan la voluntad de generar las medidas legales para la transición de la PPNAFF a la rectoría al Departamento de la Prosperidad Social, bajo la coordinación del Departamento Nacional de Planeación. Con el fin de modificar la forma de operar de la política, en torno a los nuevos desafíos y enfoques de la política Social moderna.

Asuntos Étnicos

Se lideró en el mes de enero de 2019, el proceso de concertación, con los grupos étnicos del país, de las acciones del sector salud para su inclusión en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Adicionalmente se está elaborando un documento de Inclusión del Enfoque Diferencial en la Estrategia de Atención Psicosocial–PAPSIVI, para grupos étnicos.

Dentro de las acciones con pueblos indígenas, se avanzó en la estructuración del documento con la propuesta de capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 para pueblos indígenas que establece la respuesta diferencial en salud pública dirigida a esta población.

Durante el periodo junio de 2018 a mayo de 2019, se proyectaron acciones para el desarrollo del SISPI⁶⁰, tales como:

- Se envió la Circular 011 de 2018 a todas las entidades territoriales y se socializó⁶¹.
- Ejecución del Convenio 1088 con el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) para la implementación de un piloto del SISPI. Con los pueblos indígenas afiliados y sus instituciones propias de salud (1 EPS y 9 IPSI), por \$500 millones de pesos corrientes y en cumplimiento a lo acordado en la Minga 2017.
- Ejecución de propuesta de continuidad del diseño del modelo de salud propio e intercultural del pueblo Arhuaco por \$55 millones de pesos corrientes, transferidos a la entidad territorial del Cesar mediante Resolución 3057 de 2018.

59 Bases del Plan Nacional de Desarrollo (2018-2022). Pacto por la equidad: Política Social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercado. Numeral M.

60 Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.

61 Se socializó en los departamentos de Guainía, Putumayo, Tolima, Casanare, Amazonas, Córdoba, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Nariño, Valle del Cauca, Guajira, Sucre, Caquetá y Meta.

Respecto a las acciones con comunidades Negras, Afrocolombianas, Palenqueras y Ralizales–NARP, desde la Comisión Tercera de Salud del Espacio Nacional de Consulta Previa se definió la ruta metodológica para la continuación de la construcción del capítulo étnico NARP del Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social. Entre otras acciones están:

- Se tiene la primera versión de un documento guía para la aplicación del enfoque diferencial en salud para esta población.
- Con la población de San Basilio de Palenque, se hizo un acompañamiento para la inclusión de acciones de salud pública por parte de los entes territoriales dirigidos a esta población.
- Se avanza en ciclo de asistencias técnicas y se acompaña la construcción del capítulo étnico NARP del Plan Decenal de Salud Pública.

Finalmente, dentro de las acciones con Pueblo Rrom (gitano), está el seguimiento a los planes de acción elaborados en el año 2015 para identificar el concepto propio que tiene el pueblo Rrom sobre discapacidad, como aporte para la elaboración de herramientas de trabajo dirigidas a la población gitana con discapacidad en el sector salud. Lo mismo que la identificación de las características de los territorios sobre los cuales se sustenta la construcción de saberes en torno a la discapacidad y reconocer a través del diálogo de saberes cuáles son las concepciones e imaginarios que tienen los participantes sobre la discapacidad en su Kumpania.

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. El proyecto de Decreto para la adopción de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle se dispuso para consulta ciudadana entre el 6 y el 20 de febrero de 2019 y el Proyecto de Resolución del componente salud, entre el 26 de abril y el 15 de mayo. Ambos documentos se encuentran en ajustes derivados de la consulta ciudadana.

Adicionalmente, se concluyó la primera parte del piloto de adecuación institucional para la adopción de lineamientos de atención a población habitante de calle que se está desarrollando en Zipaquirá, Ibagué y Pereira y su área metropolitana.

Trata de personas (en cumplimiento de la Ley 985 de 2005)

El Ministerio de Salud y Protección Social 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. En lo relacionado con la responsabilidad del sector salud, en la atención inmediata y mediata a las víctimas del delito de trata de personas, durante el segundo semestre de 2018 fueron recibidos y direccionados 16 casos para su atención en salud física y mental a través de la EPS a la cual se encuentre afiliada la persona o a través de la red pública de prestadores de servicios de salud.

5.10 Respuesta del sector salud en la implementación del Acuerdo de Paz



La garantía del derecho a la salud es uno de los principales mecanismos para la reducción de las brechas poblacionales y territoriales en el país. En efecto, dicha reducción se constituye en una apuesta central del acuerdo de paz. Por eso mismo, en la implementación temprana de los acuerdos la salud ha jugado un rol esencial en la construcción de confianza en el proceso y entre las partes otrora enfrentadas.

De conformidad con lo estipulado en el Acuerdo Final, el 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, el Ministerio lidera la implementación de estos compromisos de la siguiente manera:

Punto 1. Reforma Rural Integral

Con el objetivo de sentar las bases para la transformación del campo y lograr la reducción de brechas entre el ámbito urbano y el rural, el Ministerio inició la formulación del Plan Nacional de Salud Rural–PNSR, el cual tiene como objetivo *“Hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales de Colombia, asegurando cobertura, acceso, oportunidad y calidad de las atenciones en salud, con un enfoque territorial, poblacional y de género”*.


La formulación del PNSR partió del análisis de: i) la situación de salud de los municipios ubicados en las zonas rurales del territorio nacional; ii) un diagnóstico amplio y participativo de la capacidad instalada en 145 de los 170 municipios priorizados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET); y, iii) los avances en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).


Sobre esta base, el PNSR se ha estructurado en cinco componentes estratégicos: i) el desarrollo de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de la población y los territorios; ii) el aumento de coberturas de aseguramiento; iii) el fortalecimiento de la oferta (infraestructura, talento humano y redes integradas); iv) salud pública; y, v) un sistema de seguimiento y evaluación.

- **Proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo comunidades:** De manera complementaria, y con el objetivo de desarrollar capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud, el MSPS de la mano con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han adelantado el proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades en 25 municipios y 14 departamentos donde se ubican los 25 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR). Este proyecto se desarrolló durante en 2018 y obtuvo los siguientes resultados.

Ilustración 37. Principales resultados del Proyectos Salud para la Paz

1 Fortalecimiento Institucional


 **1.021** funcionarios capacitados

 En **25** hospitales de **14** departamentos y **25** municipios



727 mujeres, jóvenes y líderes comunitarios del área rural formal


23 Unidades de Atención Integral Comunitarias

 **1053** atenciones en salud mental



5.000 métodos de planificación familiar entregados como insumo a los hospitales para la atención de mujeres y niños del área rural

 **211** atenciones en UAIC

 **7.000** dosis de antiparasitarios entregados a IPS



28.000 dosis de micronutrientes entregados a IPS para la atención de 7.000 niños

2 Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de APS



46 líderes de la comunidad en entrenamiento como auxiliares de salud pública



Diseño de **curso virtual para la gestión de acciones de salud pública** en los municipios



27 enfermeras contratadas (gestoras y enlaces territoriales) laborando en los municipios.



12.134 personas recibieron asistencia técnica para mejorar la articulación de las autoridades locales de salud



Recursos para la contratación a los auxiliares en los equipos extramurales de IPS municipales



10.767 personas se capacitaron en los talleres comunitarios sobre medidas de autocuidado, saneamiento básico y protección ambiental, salud sexual y salud infantil



12.849 personas atendidas en **113** jornadas de atención extramural en coordinación con el territorio

3 Fortalecer el componente de vigilancia de base comunitaria



598 Personas formadas en vigilancia comunitaria



51 Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria en **202** veredas y con la participación de **391** líderes comunitarios y apoyo a la conformación de redes de vigilancia comunitaria

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

- **Asistencia técnica del MSPS a los proyectos de inversión en infraestructura en salud de Empresas Sociales del Estado:** El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, durante la vigencia 2018 realizó asesoría y asistencia técnica a las 54 iniciativas -proyectos presentados por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), departamentales y distritales, con municipios priorizados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), de los cuales se registran los siguientes resultados:
 - 36 en trámite de revisión, lista de verificación o con observaciones
 - 11 con concepto técnico viable
 - 1 con concepto pertinente
 - 6 con concepto no viable

- **Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET.** Si bien el Plan Nacional de Salud Rural está en proceso de formulación, el Ministerio ha adelantado respuestas concretas que tienen como objeto el fortalecimiento de la oferta de servicios a través de transferencias de recursos. En el año 2018 desde la Nación se realizó la transferencia de \$7.805.112.719 a 13 proyectos que han tenido como objeto la adquisición de ambulancias, dotación e infraestructura de los hospitales de 12 municipios de los 170 priorizados en los PDET.

- **Transferencias para la atención en salud ETCR Y Salud para la Paz.** A través de la Resolución 2338 de 2018 del Ministerio de Salud se realizaron transferencias a los 25 municipios donde se ubican ETCR, por \$5.416.690.000, para el desarrollo y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud para combatir la pobreza y desigualdad que permitan dar acceso preferente a la población más pobre y vulnerable a los servicios sociales del Estado de estas regiones del país. Este esquema de atención en salud, ha sido posible gracias al apoyo de las Empresas Sociales del Estado, definidas en el proceso. Los recursos de desarrollaron a través de tres líneas de acción:
 - **Atención en Salud:** Con el objetivo de brindar atención en salud en los ETCR a población que se encuentre en los mismos y zonas aledañas, se definieron dos esquemas de personal de salud a saber: (1, médico y auxiliar) y (2, auxiliar), concordante con la demanda y apoyados con una gestión definida de entrega de medicamentos y logística de traslado y permanencia del personal, según cronograma acordado. Para esta línea, se asignaron \$1.782.290.000 entre abril y diciembre de 2018, se dieron al menos 11.827 atenciones, de las cuales 7.487 a comunidades aledañas y 4.149 a personas en proceso de reincorporación. De igual forma, es de destacar que del total de atenciones 3.075 se dirigieron a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), de los cuales 1.572 a niños y niñas de primera infancia, así como 601 a mujeres gestantes.
 - **Traslado Asistencial de Pacientes:** Para el servicio de Traslado Asistencial Básico–TAB en los ETCR, se definieron dos esquemas: permanente en el ETCR o al llamado para los eventos que se presenten.

Para esto, se generó la línea de cofinanciación para adquisición de ambulancias o pago de traslados, lo cual ha permitido garantizar las condiciones y calidad en la prestación de dicho servicio. Para esta línea, se asignaron \$3.214.400.000; a través de los recursos dispuestos se realizaron al menos 573 evacuaciones médicas mediante TAB, de los cuales 371 a comunidades aledañas, y los restantes a personas en proceso de reincorporación. Es de resaltar que, del total de evacuaciones, 122 fueron para mujeres gestantes y 97 para NNA, 13 de los cuales de primera infancia.

- **Apoyo al proyecto “Salud para la Paz: Fortaleciendo comunidades”:** Con la finalidad de apoyar la contratación de 50 líderes comunitarios que se encuentran en proceso de formación con el SENA en su etapa productiva como auxiliar de salud pública, a través de las ESE que gestionan la atención en salud en los ETCR, se asignaron \$420.000.000 en el periodo comprendido entre enero y julio de 2019.

- **Gestión con el SENA para el desarrollo de procesos de formación**

- **Formación continua de Gestores Comunitarios en Salud:** El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la formación continua a 30 líderes en salud del municipio del Tambo-Cauca durante el 2018. Esta es una formación que no entrega un título, pero fortalece las competencias de líderes comunitarios para establecer la comunicación y articulación entre los equipos de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las personas, familias y comunidades, con el fin de aportar al cuidado de la salud de la población.
- **Formación con enfoque intercultural de auxiliares de salud pública, formación técnica laboral:** El Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la gestión y articulación pertinente con el SENA y Autoridades Indígenas para la formación con enfoque intercultural de auxiliares en salud pública del Pueblo Emberá. En este marco de coordinación, en abril del 2018 el SENA tituló 18 auxiliares en salud pública indígenas de las comunidades Emberá de Alto Andágueda en el municipio de Bagadó. Lo anterior, buscó garantizar la incorporación transversalmente del programa de formación complementaria relacionado con la competencia de “Fortalecer los conocimientos y tradiciones en salud de los pueblos indígenas de acuerdo con los planes de vida prácticas y valores culturales de cada pueblo”; así como el desarrollo diferencial de la formación, en modalidad de oferta cerrada del SENA.

Punto 3. Fin del Conflicto

Con el objetivo de garantizar las condiciones necesarias en el proceso de reincorporación a la vida civil de los miembros de las FARC-EP, el MSPS ha desarrollado diferentes acciones encaminadas a garantizar la prestación del servicio de salud a esta población:

- **Aseguramiento:** A partir de 2018, como parte del proceso de normalización de la atención en salud, se abrió la opción de libre elección de EPS de conformidad con la ubicación final de residencia de los excombatientes. Paralelamente, se estableció un mecanismo para la afiliación de familiares de los excombatientes y se realizó la actualización de la información en la BDUA de los excombatientes acreditados por la OACP, proceso que a su vez permitió la asignación de IPS primarias.

En promedio, estuvieron afiliadas durante el 2018 al Sistema de Salud cerca de 11.304 personas,

Tabla 50. Personas afiliadas al Sistema de Salud. Vigencia 2018

Periodo	Personas
Enero	11.620
Febrero	11.431
Marzo	11.302
Abril	12.159
Mayo	11.221
Junio	11.398
Julio	11.264
Agosto	11.329
Septiembre	10.916
Octubre	11.180
Noviembre	10.983
Diciembre	10.845

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

- **Atención para personas en condición de discapacidad.** El MSPS diseñó una estrategia que fue implementada de manera articulada por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, con el fin de capturar información primaria encaminada a identificar posibles necesidades en el proceso de rehabilitación funcional en los ETCR. Esta estrategia permitió identificar qué tipo de dificultades había en materia de discapacidad, es decir, identificar el número de personas con alguna dificultad para realizar actividades diarias como comer, caminar, ver, oír, hablar, entre otras. Se realizó a través de un tamizaje que se aplicó a 2.956 personas, de ellas el 77% (2.265) eran hombres, y el 23% (691) mujeres; el 74% (2.039) tenía entre 20 y 44 años de edad. La mayoría de ellos residía en los departamentos de Antioquia 14% (425), Arauca 10% (304), y Norte de Santander 9% (259).
- **Seguimiento y pedagogía.** Se han elaborado guías y material pedagógico sobre el funcionamiento del Sistema general de Seguridad Social en Salud para facilitadores de la ARN, así como para excombatientes. Esto se ha complementado con el desarrollo de mesas regionales con participación de todos los actores del sector salud y excombatientes para socializar avances y decisiones tomadas en esta materia.

- Se ha buscado la articulación con proyectos de cooperación internacional de interés para el acceso a salud en los ETCR, en particular con la Cruz Roja Noruega que adelanta procesos de homologación de saberes de salud en la población excombatiente y a la que posiblemente se sumarán iniciativas de otras organizaciones.
- **Programas especiales para el restablecimiento de derechos de los niños, niñas y jóvenes menores de edad - Programa Camino Diferencial de Vida.** A partir de la construcción del Programa “Camino diferencial de vida: Programa de atención y consolidación de los proyectos de vida de los menores de 18 años que salen de las FARC-EP”, el cual se construye en virtud de enaltecer el interés superior del niño y sus derechos prevalentes, garantizando el restablecimiento de sus derechos, su reparación integral y su reincorporación, el Ministerio se ha articulado con la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), el ICBF y la ARN con propósito de garantizar la atención integral en salud de los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) que hacen parte del Programa. En el marco del proceso de articulación con la Consejería y con el Departamento para la Prosperidad Social, se realizó un proceso de articulación con 25 Entidades Territoriales para la atención de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Programa, así como de sus familias, para la atención en los siguientes puntos: 1) afiliación al sistema general de seguridad social en salud; 2) aplicación del esquema completo de vacunación a niñas y niños menores de 6 años; 3) intervenciones a niños y niñas mayores de seis meses y menores de 5 años que no presentan tamizaje positivo por desnutrición; 4) adelantar controles de crecimiento y desarrollo a niños y niñas menores de 2 años; 5) suministrar información a todos los integrantes del hogar mayores de 10 años sobre los derechos sexuales y reproductivos; 6) atención a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas; y, 7) inclusión en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

Punto 4. Solución al problema de las drogas

El problema de consumo de drogas ilícitas como fenómeno de carácter multicausal, requiere de una política de promoción en salud y prevención, atención integral e inclusión social, con especial énfasis en los niños, niñas y adolescentes.

- **Ajuste a la ruta metodológica de revisión y actualización de la Política; y elaboración sectorial y participativa de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Resolución 089 de 2019.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en su rol como Autoridad Sanitaria y en ejercicio de sus competencias, diseñó una ruta metodológica para el proceso de formulación definida en cuatro fases, tal y como sigue: i) Fase encuadre programático e intersectorial; ii) Fase Diagnóstico; iii) Fase formulación; iv) Fase consulta abierta. La Política, que busca mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades, se desarrollará a través de cinco ejes que contienen 12 líneas de acción. Se destacan el fortalecimiento de las tareas para prevenir el consumo en todos los ciclos de vida

de las personas y en todos sus entornos o niveles sociales, terapias sustitutas, la creación de redes de asistencia en salud pagadas por el sistema y trabajos integrales de rehabilitación e inclusión social.

- **Elaboración de documentos y lineamientos.** Durante la vigencia 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social logró lo siguiente:
 - Documento Preliminar del Lineamientos de tratamiento con enfoque de género incluyendo población de orientación diversa, o LGBTI, dentro del programa nacional de intervención integral frente al consumo de drogas ilícitas que permitan disminuir las brechas de acceso al sistema de salud; el objetivo de este lineamiento es garantizar la atención integral para personas no consumidoras y consumidoras de SPA que pueden asumirse como personas en riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, implica el reconocimiento de las condiciones de los servicios de salud en esta materia.
 - Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el cual tiene como objetivo “Orientar al gobierno nacional y territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general sobre la construcción participativa e implementación de respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia”.
 - Construcción del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud para Población con Riesgo o Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido a Uso de Sustancias Psicoactivas; en el capítulo de adaptabilidad, para las personas con orientación sexual o identidad de género, orienta la integralidad y los ajustes razonables para su atención. Este lineamiento tiene como objetivo “Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento requeridas en la prestación integral de la atención en salud a las personas con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, y a sus familias y comunidades.”

Punto 5. Víctimas

El MSPS lidera la construcción del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, la ARN y el Centro Nacional de Memoria Histórica–CNMH, cuyo objetivo general consiste en “contribuir a la construcción de convivencia, reconciliación y garantías de no repetición, a través de la rehabilitación psicosocial y la atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado”.

- **Articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición.** El Ministerio de Salud, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, se encuentra trabajando en una ruta de articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Re-

petición (SIVJR). Durante la vigencia 2018 la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) llevó a cabo espacio de socialización frente a su estructura funcional, con el fin de dar a conocer sus procedimientos e iniciar los procesos de articulación. En este marco de acción, el Ministerio de Salud adelantó acciones de articulación con este mecanismo con el fin coordinar la atención para los casos de derivación a atención psicosocial y atención integral en salud de las víctimas que participaron en los procesos de la JEP.

- **Estrategia de atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI.** La estrategia de atención psicosocial busca mitigar, superar y prevenir los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida en relación, generados a las víctimas, sus familias y comunidades por las graves violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario. A través de las modalidades de atención de la estrategia, durante el año 2018 fueron atendidas 59.607 víctimas del conflicto armado.

En relación con la rehabilitación psicosocial de sujetos de reparación colectiva étnica, en el marco de los módulos y ruta étnicos del PAPSIVI, el Ministerio se encuentra implementando PAPSIVI étnico en la comunidad de Bojayá (Chocó) y dos Resguardos indígenas en Florencia (Caquetá), estos últimos con el apoyo de cooperación internacional:

- Sujeto de Reparación Colectiva La Gaitana, Comunidad Nasa, departamento de Caquetá, correspondientes a 69 personas atendidas durante las vigencias 2018 y 2019, con el apoyo de Blumont.
- Sujeto de Reparación Colectiva Honduras, Comunidad Embera, departamento de Caquetá, correspondientes a 177 personas atendidas durante las vigencias 2018 y 2019, 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 durante las vigencias 2018 y 2019.

5.11 Cooperación y Relaciones Internacionales



El Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales–GCRI de Minsalud movilizó USD \$5.387.287, a través de 4 iniciativas de cooperación (incluyendo los proyectos que apoyan la implementación de los Acuerdos de Paz y la atención de salud de los migrantes). Estas acciones se alinean a las prioridades sectoriales de política pública, al tiempo que fortalecieron las capacidades técnicas de los actores del sistema de salud y buscaron contribuir a mejorar la situación de salud de la población:

- El proyecto Salud para la Paz, que tiene como propósito el desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, atención a la infancia y salud nutricional en 14 departamentos y 25 municipios. Los ejecutores son OIM, OPS, UNFPA.

- “Mesoamérica Sin Hambre”, el cual tiene como objetivo contribuir a fortalecer los marcos institucionales locales, nacionales y regionales para la consecución de la seguridad alimentaria y nutricional y la atención diferenciada a la agricultura familiar. El cooperante es México y el ejecutor es FAO.
- Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio.
- Encuesta sobre el Bienestar y la Salud en la Niñez y Adolescencia en Colombia. Su objetivo es: aumentar la capacidad de los organismos locales, nacionales e internacionales para identificar, responder y prevenir factores de riesgo y los diferentes tipos de violencia contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes del país.

Por considerarlo de especial relevancia, a continuación se presenta el detalle de la gestión de cooperación internacional en torno a dos temáticas transversales al desarrollo de la política pública de salud: apoyo a la implementación de los Acuerdos de Paz y cooperación internacional para la atención de salud de los migrantes.

Apoyo a la implementación de los Acuerdos de Paz

En el marco del proyecto “Salud para la Paz Fortaleciendo Comunidades” se capacitaron 44 auxiliares en salud pública, que a su vez fueron contratados en 27 Hospitales de 15 departamentos beneficiarios del proyecto. Los recursos invertidos fueron aproximadamente de USD 140.000 orientados principalmente a:

- Fomentar la movilización y la participación social de la comunidad, teniendo en cuenta sus necesidades y determinantes sociales de la salud.
- Detectar los eventos de interés en salud pública.
- Desarrollar estrategias de educación en salud teniendo en cuenta las condiciones de la población y del entorno.

Adicionalmente, se suscribió un convenio marco de cooperación técnica con Dignity9-Gobierno de Dinamarca, a fin de desarrollar el proyecto “Salud Mental en Colombia–Abriendo Caminos” cuyo objeto es mejorar la salud mental en la población vulnerable y víctima de violencias interpersonales, de género y por el conflicto armado en los departamentos de Tolima, Bolívar, Meta, Cauca y Putumayo.

Cooperación internacional para la atención de salud de migrantes

El GCRI ha apoyado al Ministerio en la gestión de acciones que permitan garantizar la atención de urgencias, así como algunos servicios de atención primaria en salud, de la población migrante, obteniendo como principales resultados:

- Aprobación de un proyecto por parte de USAID para la contratación de un equipo de consultores, por USD 970.287, para la implementación del Plan de Respuesta y del Plan de Transición del sector salud al fenómeno migratorio.
- Se encuentra en curso la negociación de una donación con el Fondo de Emergencia del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis por USD 694.762 para atender tamizaje, diagnóstico, tratamiento antirre-

troviral y seguimiento paraclínico en relación VIH/SIDA dirigido a la población migrante en Colombia.

- Gestión de donaciones de medicamentos, pruebas rápidas, dotación e infraestructura hospitalaria, equipos extramurales de atención primaria en salud, por USD 16.7 millones, con cooperantes internacionales de gobiernos, agencias del Sistema de Naciones Unidas y ONG.
- A través del GCRI, el Ministerio asumió el coliderazgo del Clúster de Salud, instancia que tienen como objetivo la coordinación y articulación de la ayuda humanitaria entre el Gobierno Nacional, las agencias del Sistema de Naciones Unidas, las ONG nacionales y las ONG internacionales que son partícipes de la arquitectura humanitaria.
- Desde el GCRI se ha prestado apoyo a entidades territoriales para la gestión de cooperación y la formulación de proyectos que tengan como objetivo facilitar la respuesta local al fenómeno migratorio.

Sistema Mesoamericano de Salud Pública

Colombia organizó la III Reunión de Coordinaciones Nacionales del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) en julio del 2018 en Bogotá D.C, con el propósito de dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema a través de la revisión del Plan Operativo Anual del SMSP, los avances en los Planes Maestros Mesoamericanos y el monitoreo de indicadores y avances en los Planes Nacionales.

Durante el encuentro se conformó un grupo Ad Hoc, para la elaboración del Plan Operativo Anual del SMSP, Asimismo, se aprobó que los grupos técnicos especializados elaboraran una nota conceptual por cada Plan Maestro Mesoamericano para fortalecer la gestión de cooperación internacional ante socios tradicionales y no tradicionales del sistema.

Organización Mundial de la Salud–OMS

El Ministerio participó, del 24 de enero al 1 de febrero en Ginebra (Suiza), en la 144ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS. En este marco, el Ministerio copatrocinó la adopción de decisiones y resoluciones prioritarias para la política pública de salud del país: Acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y el seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios.

Por otra parte, el país también participó en la 72ª sesión de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual se realizó del 20 al 28 de mayo del 2019, y cuyo tema central fue la cobertura sanitaria universal. La participación del Ministerio redundó en el posicionamiento de las migraciones y salud en la agenda, mediante la realización de un evento de alto nivel con expertos internacionales en la temática y el respaldo político y técnico al Plan de Acción Global para promover la salud de los migrantes y refugiados, el cual fue acordado en el marco de la Asamblea.

Organización Panamericana de la Salud–OPS

El Ministerio participó en la 56° sesión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, que se llevó a cabo entre el 22 y el 27 de septiembre de 2018. Durante la sesión se trataron temas de especial relevancia para el país, como son: Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2028; Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030; Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023; Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023; Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos.

Organismo Andino de Salud-ORAS

Se participó en 15 reuniones y comités técnicos del Organismo y se ha gestionado la activa intervención de las áreas técnicas en la elaboración de los diferentes documentos de política andina de salud que se desarrollan por mandato de los Ministros de Salud del mecanismo.

Como hito importante, el 15 de abril de 2019, se aprobó el Plan Andino de Salud para Personas Migrantes cuyos principales componentes son: i) acceso y continuidad de los servicios y atenciones en salud de las personas migrantes; ii) elaboración de una Tarjeta Andina Sanitaria; iii) fortalecimiento del recurso humano en salud para el abordaje del fenómeno migratorio; iv) gestión de cooperación internacional; v) acciones de convivencia para prevenir la xenofobia y la discriminación.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico–OCDE

En el periodo de reporte se destaca la participación en la 24° Sesión del Comité de Salud de la OCDE, realizada los días 5 y 6 de diciembre de 2018, en París, Francia, así como en la Reunión de la Red de Funcionarios de Alto Rango en Presupuesto y Salud para la Sostenibilidad Fiscal de los Sistemas, que tuvo lugar los días 30 y 31 de enero, en San José de Costa Rica.

De igual forma, se compartieron datos y estadísticas nacionales principalmente en materia de calidad y resultados de la atención médica, protección social para el cuidado a largo plazo de personas mayores y datos mínimos de salud para los observatorios de datos en salud de la OCDE.

Sistema de Naciones Unidas

En el marco del 73° periodo de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre asuntos de salud en Nueva York., realizado en septiembre del 2018, el Ministerio participó en las reuniones de alto nivel sobre tuberculosis y enfermedades no transmisibles, por la relevancia de estas enfermedades en la situación de salud pública del país.

Producto de ambas reuniones se logró la adopción de dos declaraciones políticas, que representan el interés de los países por seguir trabajando en el control de ambas enfermedades, así como una hoja de ruta para que los países avancen de manera acelerada en la materia.

5.12 Sistema Integrado de Información para la Protección Social–SISPRO



En el marco de la transformación digital y la generación de valor público, el Ministerio ha estructurado proyectos que apuntan a la satisfacción de necesidades de los usuarios en términos de calidad y oportunidad en la atención y en la eficiencia y transparencia en la gestión. Tal es el caso de la interoperabilidad de la historia clínica, la ampliación del aplicativo de prescripción en línea al régimen subsidiado, el avance en modelos predictivos basados en Inteligencia artificial (IA) en el sector salud y la implementación de la facturación electrónica en el sector, proyectos en los cuales las tecnologías de la información y la comunicación son el medio para facilitar y agilizar la prestación de los servicios, disponer de información para intervenciones más focalizadas y oportunas en salud pública y la mayor eficiencia en los procesos.

De igual manera, este periodo comprende la finalización de proyectos estratégicos como la puesta en operación de nuevas funcionalidades en salud en el Sistema de Afiliación Transaccional–SAT, las centrales de información, la generación de catálogos que facilitan la interoperabilidad entre sistemas de información y la disposición actualizada para consulta por el ciudadano de las variables de su historia de salud, con el cumplimiento de las metas previstas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

En la parte transaccional el Ministerio ha dado un gran paso hacia facilitar los trámites en línea de afiliación a salud en el SGSSS. El SAT, que entró en operación en diciembre de 2015, hoy tiene a disposición del ciudadano y del empleador la facilidad de realizar traslados en línea con mayor oportunidad y reducción en costos, sistema que se ha venido consolidando y hoy alcanza el 40% del total de traslados efectuados entre EPS. El Sistema permite la afiliación virtual o continuar el trámite presencial, en físico. Se encuentran también en operación las funcionalidades de movilidad entre regímenes, la afiliación de oficio, el reporte de mora por EPS y la reinscripción.

El Plan de Desarrollo 2018-2022 contempla la ampliación del Sistema de Afiliación Transaccional a pensiones, riesgos laborales y subsidio familiar, de tal forma que a través de www.miseguridadsocial.gov.co se realice la afiliación a la Seguridad Social. Esto con el fin de facilitar y agilizar los trámites en la creación de nuevas empresas, entre ellos, el registro del empleador y sus empleados en el Sistema de Seguridad Social Integral-SGSSI. Para la articulación de acciones entre las entidades que hacen parte del Sistema se firmó un memorando de entendimiento entre Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (MinCIT), Mintrabajo y el Minsalud en que se establecen los compromisos para la expedición de normatividad y el desarrollo conjunto y sincronizado de acciones en materia de pensiones y subsidio familiar. Estas acciones comprenden el trabajo conjunto con Confecámaras, las Cajas de Compensación Familiar-CCF, la Superintendencia Financiera, las Empresas Promotoras de Salud-EPS, la Superintendencia Nacional de Salud, los Fondos de Pensiones y las Administradoras de Riesgos Laborales.

En este contexto, en salud, la estandarización y complementación de la información con la dispuesta por Confecámaras ha permitido que las empresas nuevas no tengan que presentar documentos a las EPS si se encuentran registradas en el Registro Único Empresarial y

Social-RUES, como parte de la estrategia de la Ventanilla Única Empresarial–VUE del MinCIT, que promueve y facilita la actividad empresarial apoyada por la red de cámaras de comercio.

Para la interoperabilidad de la historia clínica, con la cual se busca garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud del paciente a nivel nacional, se ha trabajado en dos frentes. Se concertó al interior del Ministerio de Salud y Protección Social y con los actores del SGSSI el conjunto de variables para la interoperabilidad de la historia clínica (58 variables); mediante la realización de mesas técnicas y reuniones, se definió la información que se va a disponer a los diferentes actores, a través de un mecanismo electrónico en línea. Igualmente se publicó un proyecto de decreto sobre protección de datos personales en salud, no públicos, que permitirá a los actores del SGSSI compartir la información de las personas en forma segura y contemplando los principios de confidencialidad, privacidad y reserva de la información.

En el marco del proyecto de factura electrónica del Gobierno Nacional, se implementará en las entidades del Sector Salud y Protección Social la factura electrónica, incluidos los soportes. Esto se hará en forma gradual, e inicia con la definición de lineamientos para su implementación en el sector, para lo cual se han realizado mesas de trabajo con actores para la estandarización de soportes y se diseñó y aplicó la encuesta sobre los soportes de cobro de una factura de prestación de servicios de salud a cargo de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y la encuesta sobre factura electrónica, los soportes de cobro de una factura de prestación de servicios de salud y los Registros Individuales de Prestaciones de Salud–RIPS para las IPS.

Desde el 1º de octubre de 2018, el Ministerio puso en operación la solución tecnológica que permite la prescripción en línea para los servicios y tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC y servicios complementarios en el régimen subsidiado–MIPRES, con mayor oportunidad en la entrega de los mismos al ciudadano. Esto ha permitido el reporte de información de las entidades territoriales a la plataforma MIPRES, en línea y en tiempo real, con lo que se garantiza la información oportuna sobre el suministro efectivo de lo solicitado por quién prescribe, a nivel nacional.

Para el régimen contributivo, desde julio de 2018 se inició la fase de enrolamiento de los proveedores para la puesta en marcha del proceso de suministro efectivo de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, el cual entró en operación efectiva el 1º de enero de 2019 para todas las EPS y para un proveedor y, en forma obligatoria, para todos los proveedores desde el 1º de marzo de 2019. El uso de la información que se genera a través de este módulo facilita la programación y dispensación oportuna por parte de los proveedores (IPS, gestores farmacéuticos, droguerías, entre otros) a los pacientes.

En materia de Gobierno Digital, se postuló el proceso misional Servicio Social Obligatorio a verificación del cumplimiento del Nivel 1 del Sello de Excelencia en categoría “Servicios en Línea” lo que acredita el cumplimiento de requisitos de disponibilidad, seguridad, soporte, acceso, usabilidad e interoperabilidad de cara a la experiencia del usuario. Este mismo proceso fue postulado a los premios a la innovación de Gobierno Digital INDIGO, donde se obtuvo el primer lugar en la categoría de Procesos Digitales con la “Gestión del Servicio Social Obligatorio en Colombia”. De igual manera fue postulado y obtuvo el primer lugar el aplicativo MIPRES, en la categoría Servicios Digitales en los Premios INDIGO 2018.

Para los fines de política pública en materia de población migrante, se dispuso un servicio de información digital que permite realizar consultas en línea de la información de prestación de servicios de salud reportada directamente por las IPS que atienden esta población. Esta información es de reporte mensual y se consolida y dispone a nivel nacional con la misma periodicidad.

Con relación al uso de nuevas herramientas tecnológicas, el Ministerio ha venido trabajando en el desarrollo de una propuesta sectorial que permita el avance de la construcción de modelos de analítica para el sector, mediante la consolidación de las experiencias que al respecto se tengan como iniciativas por parte de la banca multilateral y organismos externos, así como en el modelo predictivo para Hepatitis C. A la fecha se dispone de una propuesta de modelo predictivo, cuyos resultados se utilizarán para los procesos de compra centralizada de la vacuna contra la Hepatitis C.

En materia de estandarización de datos para su comparabilidad y facilitar el intercambio de los mismos entre sistemas de información, las acciones se centraron en la complementación y actualización de las fuentes de información, con la publicación y disposición para consulta en www.sispro.gov.co/catalogos/Pages/catalogo-de-informacion.aspx, de los catálogos consolidados de información de 96 fuentes, de variables, siglas y flujos de información, con lo que esta actividad se convierte en un ejercicio regular que es base para la interoperabilidad. Así mismo se encuentra disponible en el portal del Ministerio el catálogo de sistemas de información y de datos abiertos, en cumplimiento de las directrices de MinTIC.

En la disposición de información al ciudadano, el Ministerio dispone 50 variables actualizadas en forma mensual en www.miseguridadsocial.gov.co con datos relacionados con su historia de salud, entre ellos, identificación, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, estado de la afiliación, condición de discapacidad y atenciones de salud. La información sobre sus atenciones en salud sólo puede ser consultada por el ciudadano plenamente identificado en www.miseguridadsocial.gov.co, para garantizar el *habeas data* y la protección de datos personales. Además de esta información, para atender las necesidades de información de los ciudadanos y grupos de interés sobre una temática en particular, se dispusieron servicios digitales en www.sispro.gov.co los cuales están organizados en centrales de información sobre financiamiento, prestadores de servicios de salud, gestión del conocimiento y salud ambiental.

En el fortalecimiento y sostenibilidad de la Bodega de Datos del SISPRO, repositorio de información del sector, se dio continuidad a la gestión para la actualización periódica de las fuentes de información y la integración de nuevas fuentes como Cuenta de Alto Costo–Artritis, Circular 029 de 2017–Atenciones a población extranjera y Suministros–MIPRES. Así mismo se efectuó la actualización y disposición de nuevos servicios de información para facilitar a las direcciones del Ministerio, la academia y otros actores la toma de decisiones y el seguimiento al sector.

Hoy, la Bodega de Datos del SISPRO gestiona un volumen aproximado de 37.500 millones de registros provenientes de 45 fuentes, para la consulta a través de reportes predefinidos, consultas y mapas dinámicos con los que se pueden consultar 2.730 indicadores que apoyan los diferentes procesos de planeación en salud y seguimiento a las estrategias del Plan Decenal de Salud, entre otros. A la fecha se tiene un promedio de 740.000 consultas por mes.

En fortalecimiento del Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO se desarrolló y fue puesto en producción el aplicativo web de listados censales de las poblaciones especiales, como insumo para la identificación de esta población que debe ser afiliada al régimen subsidiado. Así mismo el Ministerio efectuó la gestión, administración, mantenimientos y contrató los servicios de infraestructura tecnológica, conectividad y mesa de ayuda de primer nivel para garantizar la operación permanente de los 29 aplicativos misionales y la plataforma de transporte de archivos PISIS, con la disposición de información necesaria para la gestión del sector, así como de los servicios tecnológicos y de comunicaciones que soportan el quehacer institucional. Los recursos ejecutados en el periodo julio 2018–mayo 2019 ascienden a \$16.300 millones.

5.13 Gestión Financiera y ejecución presupuestal



El resultado de la gestión presupuestal y contable del Ministerio puede resumirse en un indicador que refleja integralmente el resultado de la misma: el fenecimiento de la cuenta por parte de la Contraloría General de la República, como producto de procesos de auditoría realizados anualmente por cada periodo fiscal. Al respecto es pertinente señalar que para los últimos cinco periodos fiscales anteriores al actual (2018) se ha producido por parte de la Contraloría General de la República el fenecimiento de la cuenta sin salvedades, excepto para el 2016 periodo para el que se produjo con salvedades.

En lo concerniente al periodo fiscal 2018, como producto de auditoría terminada en los primeros días de junio de 2019, se produjo un informe de la Contraloría General de la República, en el cual se emite opinión sin salvedades sobre la razonabilidad de los estados contables del MSPS a 31 de diciembre de 2018.

De otra parte, la ejecución presupuestal de 2018 presentó altos niveles cualitativos y cuantitativos estos últimos reflejados en el cuadro que a continuación presentamos:

**Tabla 51. Ejecución Ministerio de Salud y Protección Social.
1 de enero a 31 de diciembre de 2018**

Tipo de gasto	Apropiación final	Compromisos	Obligaciones	% ejecución compromiso	% ejecución obligación
Gastos de personal	\$71.570.000.000	\$68.101.429.523	\$67.334.651.728	95,15	94,08
Gastos generales	\$13.699.352.000	\$13.363.006.341	\$9.338.902.114	97,54	68,17
Transferencias	\$22.833.446.788.530	\$22.827.077.815.529	\$22.800.432.736.635	99,97	99,86
Inversión	\$387.362.730.049	\$384.326.933.402	\$360.488.935.767	99,22	93,06
Total ejecución	\$23.306.078.870.579	\$23.292.869.184.797	\$23.237.595.226.247	99,94	99,71

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

5.14 Gestión Administrativa, contractual y de operaciones



Centro Especializado de Servicio al Ciudadano

Es un proyecto concebido como un portal web a través del cual se busca la integración de la gestión del conocimiento en todas las temáticas referentes al sector salud de cara a los ciudadanos y que adicionalmente promueve la interacción a través de herramientas tecnológicas entre los servidores públicos de las áreas de servicio al ciudadano de las entidades del sector administrativo de salud, todo esto con políticas de accesibilidad y uso de lenguaje claro. Es así como desde el segundo semestre de 2017 se dio inicio al desarrollo del portal web CESC por parte del Ministerio. La URL del portal es: <http://ciudadanos.minsalud.gov.co/Paginas/Home.aspx>

El 5 de marzo de 2019 se realizó el lanzamiento del Centro Especializado de Servicio al Ciudadano, al cual fueron convocadas las entidades del Sector Administrativo en Salud, así como el DAFP, DNP, Secretaría de Transparencia de la Presidencia y Procuraduría General de la Nación. Posterior al lanzamiento se inició el ciclo de integración de las entidades del Sector Administrativo en Salud al portal, a través del desarrollo periódico de mesas de trabajo en las cuales se explicó en su totalidad la funcionalidad del portal, se definieron los contenidos a cargar en el portal de cada entidad y se han realizado cargues continuos de información y asesoría para la disposición de la información en lenguaje claro para los ciudadanos.

Dentro de las diferentes funcionalidades del portal se destacan las siguientes:

- **Enfoque Diferencial:** En este menú se encuentra la caracterización, normatividad y descripción de situaciones “A dónde acudir” de las poblaciones que por su condición requieren de un cuidado y/o protección especial por parte del Estado y especialmente del Sistema de Salud.
- **Consúltelo usted mismo:** el cual centraliza la consulta de información personalizada sobre el Sistema Integral de la Protección Social.
- **Rutas e infografías:** espacio que permite al ciudadano la identificación con casos allí planteados y la forma de solucionarlos a través de un paso a paso que muestra a qué entidad acudir, qué documentos requiere, qué formatos debe diligenciar y a qué tiene derecho; todo esto se presenta en un formato ilustrado que facilita la comprensión de las situaciones.
- **Atenea:** asesora virtual que simula mantener una conversación con el usuario al proveer respuestas automáticas a preguntas hechas por el mismo.
- **Sala Virtual:** En este espacio se puede establecer una videoconferencia entre los servidores de las áreas de servicio al ciudadano permitiendo dar atención directa a los ciudadanos que, estando de forma presencial, en alguna de las entidades requieren establecer una comunicación con otras entidades, de forma inmediata, sin necesidad de desplazamiento.

Atención en Lengua de Señas Colombiana a personas con discapacidad Auditiva

A través de los canales de atención del Ministerio, se encuentra la atención incluyente, la cual fomenta el acceso directo a la información de las poblaciones vulnerables; en este sentido se ha realizado un trabajo importante disponiendo la orientación e información personalizada en Lengua de Señas Colombiana a población con discapacidad auditiva.

Esto propició un aumento significativo en las atenciones a personas sordas en la sala de atención del Minsalud, las cuales se reflejan en los siguientes datos: para el año 2015 las atenciones a personas sordas sólo llegaron a 2; para el segundo semestre de 2016, con el inicio de esta estrategia, se registraron 10 atenciones; en 2017 se realizaron 68 atenciones y en el año 2018 se registraron 87 atenciones a personas sordas.

Módulo de Liquidaciones

En diciembre del 2018 se crea un Módulo de Liquidaciones dentro del aplicativo de gestión contractual, el cual permite realizar consultas en tiempo real, tanto para los usuarios internos como para los externos, del estado de la liquidación del contrato, identificando en qué etapa se encuentra y que abogado lo está realizando. De esta manera aportamos al programa de Gobierno en Línea de la Presidencia de la República liderado por el Ministerio de las TIC, dando cumplimiento a los principios de transparencia de la contratación estatal.

Cabe resaltar que actualmente se encuentran cargadas 74 liquidaciones, las cuales pueden ser consultadas por medio de un enlace en el minisitio de Transparencia del Ministerio; adicionalmente se realizan mejoras continuas para que cada día el aplicativo sea más eficiente y pueda mostrar la gestión contractual mucho más detallada.

Compras a los fondos de OPS

Con el objetivo de disminuir los altos costos para la compra de biológicos e insumos en el mercado nacional, se adelantó la estrategia de compra de biológicos e insumos (vacunas y jeringas) a través del Fondo Rotatorio de OPS/OMS.

Se han adelantado 3 compras conjuntas⁶², dos de las cuales se han adelantado en el año 2018 y 2019, las cuales han significado ahorros importantes y que se presentan así:

- **Segunda compra centralizada (septiembre 2018):** Apoyo contractual a la tercera compra centralizada ADRES-Minsalud-OPS de 1.170 tratamientos para Hepatitis C; permite ahorros al sistema por valor de \$45.905 millones de ahorro.
- **Tercera compra centralizada (20 de febrero de 2019):** Apoyo contractual a la tercera compra centralizada ADRES-Minsalud-OPS de 961 tratamientos para Hepatitis C; permite ahorros al sistema por \$37.671 millones de ahorro.

62 La primera compra ocurrió en 2017.

5.15 Gestión del Talento Humano: Programa Entorno Laboral Saludable



Política de Talento Humano

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.⁶³

Estrategia del Programa “Entorno Saludable”

- **Avances y logros en Formación y Capacitación:**
 - 5 diplomados y 1 seminario: 159 asistentes; 117 graduados y 24 certificados.
 - Convenio ICETEX: aprobados 31 créditos condonables; 9 nuevos y 22 renovaciones.
 - Ingreso al módulo de inducción y reinducción al servicio: 1.701 ingresos al módulo.
 - Programa de bilingüismo: 34 nuevos usuarios; 19 de planta y 15 contratistas.
 - 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: 9.070 atenciones a personas.
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica Riesgo Psicosocial: 3.256 atenciones a personas.
 - Promoción y Prevención: 7.056 atenciones a personas.
 - Entrega de elementos ergonómicos: 321 elementos entregados
 - Entrega de elementos de emergencia: 1.034 elementos entregados
 - Entrega de elementos de protección personal: 5.764 elementos entregados
 - Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST): 10 servidores públicos participantes
 - Simulacro de evacuación: 731 personas participantes.

⁶³ Resolución 1905 de 2017.

- **Avances y logros en Hábitos Saludables:**

- Caravanas Minsalud: 55 participantes.
- Carrera Verde: 24 participantes.
- Día Mundial de la Actividad Física: 28 participantes.
- Día de la Escalera: 124 participantes.
- Día del Desafío de la Actividad Física: 96 participantes.
- Día de la Cultura MinSalud y Semana de Estilos de Vida Saludables: participaron 255 personas; 200 de planta y 55 contratistas.

- **Avances y logros en Gestión, Incentivos, Estímulos y Reconocimientos:**

- Programa Orientación al Retiro: 6 módulos y juegos con 264 participantes.
- Día de la Mujer: 196 participantes.
- Día del Hombre: 159 participantes.
- Día de la Secretaria: 163 participantes.
- Día de la Madre: 151 participantes.
- Día del Padre: 56 participantes.
- Día del Servidor Público: 184 participantes.
- Teletrabajo: 18
- Reconocimiento a la antigüedad: 490 participantes.
- Orientaciones pensionales: 154
- Entrega dotación a 76 servidores públicos.
- Permisos sindicales: se autorizaron 150 permisos, representados en 410 días.

- **Avances y logros en Ministerio en Familia:**

- Día del Niño: 67 personas participaron; 20 de planta, 11 contratistas y 36 niños.
- 2 días del Ministerio en Familia. Participaron 1.199 personas: 267 de planta, 96 contratistas y 836 familiares.
- Expofamilia: 21 participantes.
- 2 “Vacaciones Recreativas” para hijos de servidores públicos; beneficiarios 157 planta y 41 contratistas.
- Exponavidad: 23 participantes



- Recorrido Navideño en Familia: 376 personas participaron; 111 planta, 27 contratistas y 238 familiares.
- Multopía (niños de 0 a 5 años): 110 personas participaron; 28 de planta, 19 contratistas y 63 niños.
- **Avances y logros en Planeta Saludable**
 - 4 “Caminatas Ecológicas”: 174 participantes.
 - Recorrido Histórico Candelaria: 28 participantes.
 - 2 “Semanas de la Sostenibilidad”: 245 participantes.
 - Semillero Ambiental: 5 módulos
 - I Módulo – Biodiversidad: 17 participantes
 - II Modulo – Cuidado Animal: 11 participantes
 - Malla Ecobox: 165 Kg. material reciclable.
 - III Concurso de Disfraces con materiales reciclados: 116 participantes.
 - Biciusuarios: 10 inscritos y beneficiarios del programa.
- **Avances y logros en Sistema de Información para la Planeación y Gestión del Talento Humano**
 - Formulación y aprobación del proyecto de inversión de talento humano “Fortalecimiento del Entorno Laboral en el Ministerio de Salud y Protección Social a nivel Nacional”.
 - Certificación OHSAS 18001: 2007 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo.

5.16 Comunicaciones Institucionales



En cumplimiento de las funciones contenidas en la Resolución 385 de 2011 del Ministerio, el Grupo de Comunicaciones continúa con la difusión de políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y de la protección social, a través de diferentes canales de comunicación. Uno de los pilares de la gestión es la relación con los medios de comunicación, para lo cual se realiza la producción de documentos escritos que son publicados en la página web, y enviados a los diferentes periodistas, quienes divulgan la información.

En este aspecto, en el periodo reportado, la gestión produjo los siguientes resultados: redacción y publicación de 227 boletines de prensa, publicación de 454 fotografías y enlace a 143 videos desde el canal oficial de YouTube del Ministerio.

Como consecuencia de ello, los medios de comunicación hicieron los siguientes registros:

Tabla 52. Registros en medios de comunicación de información del Ministerio de Salud y relacionados 2018-2019

Tipo de medio	Número de registros
Prensa	3.990
Radio	3.133
Televisión	3.003
Medios digitales	37.776

Fuente: Grupo de Comunicaciones

Los temas más relevantes informados fueron los siguientes: Colombia regula precios de medicamentos, incluyendo anticonceptivos; llegada del nuevo Ministro de Salud y su equipo directivo, con la presentación de sus líneas estratégicas de gestión; acciones de salud pública para contener el brote de sarampión en distintas zonas del país; inicio del monitoreo a la tuberculosis en el país; presentación de nueva política de salud mental; estructuración de acuerdo de punto final; decisiones para afrontar los retos en salud de la migración venezolana; estrategia para eliminación de la malaria y acciones para enfrentar el dengue.

Otro de los pilares de la comunicación tiene relación con las campañas masivas de comunicación. Durante el periodo del presente informe, se produjeron las siguientes campañas:

- **Crecimiento y desarrollo:** este mensaje se realiza desde el área de promoción y prevención con el fin de incentivar el cuidado de los niños de 0 a 12 años, puesto que estos deben ser monitoreados medicamente para su correcto desarrollo.
- **Mi Seguridad Social:** esta serie de tres mensajes busca que las personas naturales, microempresas y grandes empresas se registren en el portal www.miseguridadsocial.gov.co, con el fin de poder consultar y realizar transacciones.
- **Prevención de lesionados por el uso indebido de pólvora:** con este mensaje se pretende sensibilizar a la población para que no use ese tipo de artefactos durante las celebraciones de fin de año y de Año Nuevo.

Además, se divulgaron las campañas de promoción de la vacunación, de los síntomas y medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas y de donación de órganos.

Como soporte de los pilares anteriores, el Ministerio adelanta una estrategia digital de comunicación que tuvo, como los más relevantes, los siguientes temas divulgados a través de las redes sociales: derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud; vacunación; “Córtale las Alas al Dengue”, prevención del uso de pólvora, control del sarampión; prevención de enfermedades respiratorias; y prevención y control del cáncer.



6. Resultados de gestión de las entidades del sector



6.1 Entidad Administrativa 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.

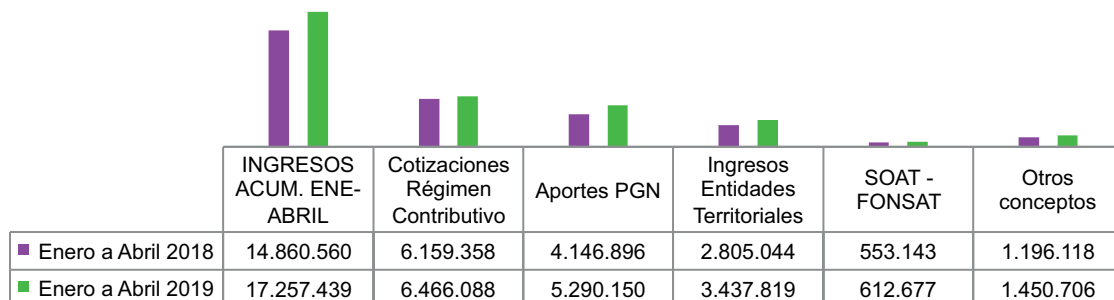
A continuación, se presentan los resultados en términos de ingresos, recaudo rentas cedidas, giros por aseguramiento y recobros no incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS) en el periodo comprendido entre 1 de agosto de 2018 y 31 de mayo de 2019.

Para el periodo comprendido entre 1 de agosto 2018 a 30 de abril de 2019, el total de ingresos percibidos a través del presupuesto de la Unidad de Administración de Recursos del SGSSS, corresponde a \$36,7 billones, cifra en la que participan en mayor proporción los conceptos de: Cotizaciones al SGSSS (15,1 billones) que representa un 41,20%, los aportes de la Nación para el aseguramiento en salud con 29,04% correspondientes a \$10,6 billones, seguido de los conceptos de ingreso de titularidad de las Entidades Territoriales que suman \$8,6 billones (23,51%), los rubros de contribución SOAT y prima FONSAT participan con un 3,47% (\$1,2 billones) y finalmente otros conceptos que participan con el 2,78% los cuales suman aproximadamente \$1,2 billones, e incluyen conceptos como impuesto a las municiones y explosivos, restitución de recursos, rendimientos financieros, recuperación de cartera y otros recursos con destinación específica.

Comportamiento de los ingresos, enero/abril de 2018 vs 2019

Para el periodo 1 de enero a 30 de abril de 2019, la ADRES ha percibido recursos por valor de \$17,2 billones, que respecto del mismo periodo el año anterior (\$14,8 billones) representan un incremento del 17%, del total de los ingresos recaudados en 2019; el 75%, son recursos Con Situación de Fondos-CSF, el 25% 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 38. Comparativo ingresos acumulados enero-abril 2018 Vs 2019



Fuente: ADRES-Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud. Cifras en millones de pesos

De la ilustración anterior se resalta lo siguiente:

- El concepto con mayor representatividad (37% corresponde a las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo presentan un crecimiento de \$306.730 millones (6,6%), por crecimiento promedio del IBC que corresponde a 5,8%.
- Sobre el concepto de aportes del PGN, se observa un importante nivel de participación sobre el total de las fuentes que contribuyen al SGSSS, ya que en 2018 este ingreso contaba con una participación del 27% y durante esta vigencia su participación es del 31%, lo que indica que el Sistema tiene un mayor nivel de dependencia de dichos recursos.
- El concepto de ingreso de titularidad de las Entidades Territoriales con destinación específica para Régimen Subsidiado presenta un crecimiento del 21%, jalonado principalmente por el recaudo de las rentas cedidas (67%).
- Finalmente, del recaudo de la contribución SOAT y FONSAT para este cuatrimestre, se evidencia un incremento en \$59.534 millones (11%); esto se debe al incremento en el número de pólizas vendidas, en aproximadamente 14 mil pólizas, respecto al mismo periodo de la vigencia anterior.

Recaudo Rentas Cedidas

Para la vigencia 2018⁶⁴, la ADRES recaudó \$1.210.269 millones por concepto de rentas territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado en Salud; mientras que, al 30 de abril de 2019, el recaudo asciende a \$554.291; este último representa el 45,8% respecto al recaudo total de la vigencia 2018.

A continuación, se presenta el comportamiento del recaudo comprendido entre enero a abril del 2018 y 2019.

Tabla 53. Recaudo de Rentas Territoriales. Enero-abril 2018 y 2019

Conceptos a recaudar	Enero-abril 2018	Enero-abril 2019	Variación %
Monopolio de juegos de suerte y azar entidades territoriales	92.059	107.984	17%
Impoconsumo cervezas y sifones	34.271	71.290	108%
Impoconsumo cigarrillos y tabaco	168.651	206.091	22%
Componente <i>ad valorem</i> impoconsumo cigarrillos y tabaco	36.208	73.131	102%
Impoconsumo licores, vinos, aperitivos y similares	22.075	68.710	211%
Otros recursos propios de las entidades territoriales	22.042	27.084	23%
Total	375.305	554.291	48%

Fuente: ADRES-Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud. Cifras en millones de pesos

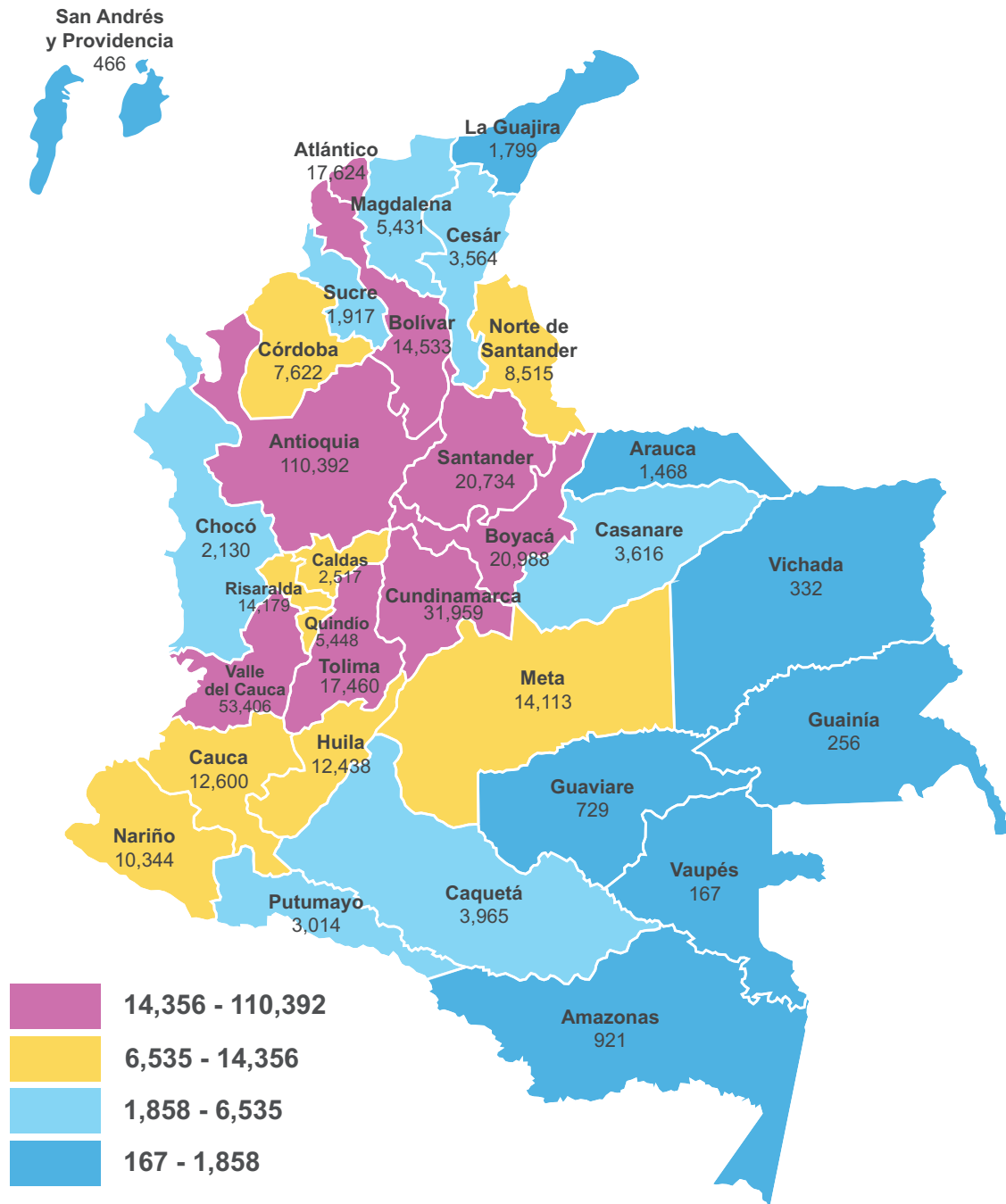
De la tabla anterior, se evidencia que del total recaudo en el periodo analizado de las vigencias 2018 y 2019, el 44,94% (2018) y el 37,18% (2019) corresponden a los recursos por con-

⁶⁴ En aplicación del Decreto 2265 de 2017 modificado por los Decretos 1355 de 2018 y 2497 de 2018.

cepto del Imptoconsumo de Cigarrillos y Tabaco; seguido del 24,53% (2018) y el 19,48% (2019) por concepto de Monopolio de Juegos de Suerte y Azar; y en tercer lugar el 9,65% (2018) y el 13,19% (2019) derivado del componente *Ad Valorem* imptoconsumo cigarrillos y tabaco.

La siguiente ilustración (mapa) presenta información sobre el recaudo por entidad territorial.

Ilustración 39. Recaudo por entidad territorial



Fuente: ADRES. Cifras en millones de pesos

Con relación al recaudo de 1º de enero al 30 de abril del 2019, la composición por entidad territorial presenta una concentración en Bogotá D.C. del 20,53%; seguida de Antioquia con el 19,92%; en tercer lugar, el Valle del Cauca con el 9,64%; continuando con Cundinamarca con el 5,77%; y en quinto lugar Boyacá con el 3,74%.

Gestión de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Gastos

Régimen Contributivo

En el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2018 y el 30 de abril de 2019, en los procesos de compensación, liquidó UPC en el régimen contributivo por \$15,99 billones, provisión de incapacidades por \$619 mil millones y per cápita de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por \$375 mil millones, para el aseguramiento de 20,25 millones de afiliados (promedio mensual). Mediante el giro directo del régimen contributivo, la ADRES giró en nombre de las EPS a 3.041 IPS y proveedores de tecnologías en salud \$4,02 billones.

En los procesos de prestaciones económicas comprendidos entre agosto de 2018 y abril de 2019, la ADRES reconoció a las EPS del régimen contributivo 173.167 registros reconocidos de licencias de maternidad, paternidad y fallos de tutela por \$567 mil millones.

Régimen Contributivo-Liquidación Mensual de Afiliados

La ADRES, en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2018 y el 30 de abril de 2019, liquidó UPC en el régimen subsidiado para 22,5 millones de afiliados (promedio mensual) por \$15,34 billones, de los cuales, giró en nombre de las EPS a 3.719 IPS y proveedores de tecnologías en salud \$10,97 billones, correspondientes al 71,55% de la UPC liquidada. De otra parte, en el periodo ya referido, la ADRES reintegró \$377 mil millones en el proceso de la Liquidación Mensual de Afiliados, producto de las novedades reportadas por las EPS y Entidades Territoriales en la BDUA.

Reintegros de recursos reconocidos sin justa causa de recursos del aseguramiento

El legislador estableció el procedimiento administrativo especial de reintegro de recursos para el sector salud⁶⁵, ante la eventualidad de que se presenten apropiaciones o reconocimientos sin justa causa, originados fundamentalmente en el dinamismo de las bases de datos que constituyen insumo de los procesos de liquidación, reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento. Como resultado de la aplicación de dicho procedimiento se reintegraron \$171 mil millones, entre agosto de 2018 y abril de 2019.

Operaciones de Compra de Cartera

La ADRES con el propósito de generar liquidez a las instituciones del sector salud para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y considerando lo establecido en la Resolución 4373 de 2017, efectuó en diciembre de 2018 un proceso de

⁶⁵ Este procedimiento está previsto en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019.

compra de cartera. Como resultado⁶⁶ fueron beneficiarias 88 IPS con la autorización de 116 operaciones de compra de cartera por \$80 mil millones, de las cuales 90 corresponden al régimen contributivo (\$52 mil millones) y 26 al régimen subsidiado (\$28 mil millones). Cabe la pena señalar que, a 30 de abril de 2019, la ADRES ha recuperado el 66,67% (\$53 mil millones) del total de los recursos aprobados en diciembre de 2018.

Tasa compensada–Convenios Interadministrativos suscritos con FINDETER

La entonces Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del MSPS y la ADRES en el marco de los Convenios Interadministrativos 038 de 2015 y 025 de 2016 han entregado a FINDETER la suma de \$170 mil millones con el fin de que las EPS e IPS puedan acceder a créditos con las instituciones financieras bajo una línea de tasa compensada, lo que se constituye en un instrumento para el fortalecimiento y la sostenibilidad financiera del SGSSS. En virtud de ello, se han otorgado créditos por \$1,35 billones, de los cuales \$513 mil millones han tenido como propósito sanear los pasivos de las EPS y \$837 mil millones para otorgar liquidez a las IPS.

Gestión de reconocimiento y pago de recobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y gestión de reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas.

De agosto de 2018 a abril de 2019, la ADRES ha efectuado giro de recursos por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC por valor de \$2,13 billones en donde el 75% (\$1,6 billones) fue girado directamente a los proveedores de servicios y tecnologías no PBS y el 25% (\$530 mil millones) pagado a las EPS. A continuación, se presentan los giros mensualizados:

Tabla 54. Giros Mensualizados

Período	IPS / Proveedores	EPS	Total
ago-18	107.059.643.610	31.184.465.725	138.244.109.335
sep-18	47.336.643.625	46.404.832.546	93.741.476.171
oct-18	172.004.875.389	60.860.559.687	232.865.435.076
nov-18	231.680.814.434	107.906.661.264	339.587.475.698
dic-18	234.404.123.064	55.298.965.900	289.703.088.964
ene-19	166.268.591.325	40.445.661.619	206.714.252.944
feb-19	213.025.741.612	55.079.567.936	268.105.309.548
mar-19	198.465.269.636	59.614.773.897	258.080.043.532
abr-19	229.173.010.263	74.133.662.968	303.306.673.230
Total	1.599.418.712.958	530.929.151.540	2.130.347.864.498

Fuente: ADRES-Dirección de Otras prestaciones

⁶⁶ Resolución 6541 de 2018 “Por la cual se autoriza la operación de compra de cartera con cargo a los recursos de la Unidad de los Recursos Administrados–URA de la ADRES.

De igual forma, de agosto de 2018 a abril de 2019, se ha efectuado giro de recursos por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas, por valor de \$35 mil millones, en donde el 88% (\$31 mil millones) se giró a personas jurídicas y el 12% (\$4 mil millones) a personas naturales. El 98,44% de este monto corresponde a accidentes de tránsito, 0.03% a acciones terroristas y 1.54% a catástrofes naturales. En las siguientes tablas, se detallan los giros por beneficiarios del giro y por mes:

Tabla 55. Giros Mensualizados Personas Naturales. Resumen de pago personas naturales

Mes de pago	Accidentes de tránsito	Acciones terroristas	Catástrofes naturales	Total
agosto-18	1.026.685.322	0	402.670.420	1.429.355.742
octubre-18	445.381.305	0	0	445.381.305
noviembre-18	91.008.053	0	0	91.008.053
diciembre-18	93.302.730	0	0	93.302.730
marzo-19	1.545.625.781	3.537.000	19.531.050	1.568.693.831
abril-19	586.698.501	0	117.186.300	703.884.801
Total	3.788.701.691	3.537.000	539.387.770	4.331.626.461

Fuente: ADRES-Dirección de Otras prestaciones

Tabla 56. Giros Mensualizados Personas Jurídicas (resumen de pago Personas Jurídicas)

Mes de pago	Accidentes de tránsito	Acciones terroristas	Catástrofes naturales	Total
septiembre-18	17.001.813.493	2.761.382	7.742.827	17.012.317.702
octubre-18	14.499.225.130	3.506.295	3.680.300	14.506.411.725
Total	31.501.038.623	6.267.677	11.423.127	31.518.729.427

Fuente: ADRES-Dirección de Otras prestaciones

6.2 Superintendencia Nacional de Salud

Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Supervisión por Riesgos



Dentro del enfoque preventivo y orientado a la mitigación de los riesgos que afectan la estabilidad del SGSSS y que permita 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 57. Acciones implementadas en el nuevo modelo de riesgos

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).	32 EPS 32 Departamentos 7 Distritos
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 diciembre de 2017, 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 Evaluación 43 EPS
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.	45
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.	75
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.	6 desfavorables y 1 favorable
Mesas de flujo financiero	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.	23 mesas Acuerdos por \$400.210,2 millones
Planes de Gestión Integral del Riesgo PGIR	Seguimiento al III y IV trimestre de 2018 a Empresas Sociales del Estado remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que cuentan con Plan de Gestión Integral del Riesgo viabilizado	150 ESE

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos

Supervisión por Cumplimiento

En el marco de las funciones de la vigilancia e inspección, se efectuaron las siguientes actividades:

Tabla 58. Auditorías y visitas realizadas a sujetos vigilados

Tipo vigilado	Tipo actividad	Jun.-Dic. 2018	Ene.-May. 2019
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB	Visitas	10	8
	Auditoría documental	41	41
Instituciones Prestadoras de Salud IPS	Auditoría	34	16
Entidades del Orden Nacional	Auditoría Integral	3	-
Entidades del Orden Territorial	Visitas	6	9
	Auditoría Forense	2	-
	Auditoría Integral	1	-
	Auditoría Documental	4	7
Total		101	81

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Así mismo, para cumplir con la orden 20 de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, se elaboró el informe relacionado con los catorce (14) criterios que evalúan la garantía del acceso a la prestación de servicios. Los resultados agregados para la vigencia 2018 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 7,03% (excluyendo el criterio⁶⁷).
- En el caso de la oportunidad en la prestación de servicios de salud, las EPS reportaron registros que superaron los 90 días calendario con un promedio de 4,03% del total.

Los mayores porcentajes de incumplimiento observados por criterio y por régimen, se muestran a continuación:

Tabla 59. Autorizaciones

Criterio	Incumplimiento	
	R.C.	Movilidad R.C.
10 - Autorizaciones supeditadas al pago de aportes al SGSSS dentro del plazo establecido	60,90%	13,60%
2 - Autorizaciones servicios de salud excluidos del Plan de Beneficios	23,80%	36,40%
6 - Autorización Transporte y Manutención	21,30%	17,90%
Criterio	R.S.	Movilidad R.S.
2 - Autorizaciones servicios de salud excluidos del Plan de Beneficios	36,10%	20,20%
11 - Negación de Afiliación por enfermedad catastrófica dentro de grupo familiar	15,10%	3,90%
6 - Autorización Transporte y Manutención	13,70%	18,60%

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

⁶⁷ Criterio medido en términos absolutos, no relativos.

Tabla 60. Prestaciones de servicios de salud

Criterio	Incumplimiento	
	R.C.	Movilidad R.C.
6 - Prestación Transporte y Manutención	9,6%	0,5%
7 - Prestaciones servicios de salud de alto costo o enfermedades catastróficas	6,3%	10,8%
4 - Prestación Servicios de pruebas Laboratorio	2,6%	6,4%
Criterio	R.S.	Movilidad R.S.
1 - Prestaciones Oportunas	11,3%	2,2%
4 - Prestación servicios de pruebas Laboratorio	8,1%	3,8%
4 - Prestación servicios que incluyen Procedimientos	7,7%	2,7%

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Por otra parte, y con el fin de analizar el cumplimiento frente a los planes de mejoramiento suscritos por los sujetos vigilados, con ocasión de las auditorías realizadas por la Supersalud, se realizaron las siguientes actividades:

Tabla 61. Seguimiento a planes de mejoramiento

Tipo entidad	Actividad	Jun-Dic 2018	Ene-May2019
EAPB	Planes de Mejoramiento evaluados	10	7
	Solicitudes de Suscripciones de Planes de Mejoramiento	10	14
IPS	Planes de Mejoramiento evaluados	35	4
	Solicitudes de Suscripciones de Planes de Mejoramiento	43	11
Entidades del Orden Nacional ⁷⁰	Planes de Mejoramiento evaluados	1	-
Entidades del Orden Territorial	Planes de Mejoramiento evaluados	12	-
Total		111	36

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Sanciones

La Superintendencia ha enfatizado en aplicar sanciones por incumplimiento en 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 y por el incumplimiento del adecuado flujo de recursos del sistema de salud.

68 Referente a la auditoría realizada a la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar-COLJUEGOS durante el periodo 18 de junio de 2018 al 22 de junio de 2018, la misma comprende el seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoría integral realizada en el año 2017 y cuyas acciones de mejora culminaron en diciembre de 2018. El informe preliminar se encuentra en el 95% de avance.

- **Sanciones por incumplimiento en la prestación de servicios de salud**

- En la prestación de servicios a menores con enfermedades terminales, los cuales fueron objeto de Medida Cautelar por esta Superintendencia y por parte de la CIDH.
- Por fallas en la prestación de servicios de salud de la población de San Jacinto Bolívar (Sentencia T-759 de 2015)
- Por fallas en la prestación de servicios de salud de menores indígenas del departamento de La Guajira.
- En la prestación de servicios de salud a menor neonato y fallas en atención de urgencias (paseo de la muerte).
- Sanción por fallas en la prestación de servicios de salud (casos Metodología de Evaluación de desempeño de EPS).

Tabla 62. Sanciones proferidas en investigaciones administrativas

Entidad sancionada	Multas Ene-Dic 2018	Valor Ene.-Dic. 2018 (miles \$)	Multas Ene-mayo 2019	Valor Ene-May.2019 (miles \$)
EPS	71	\$ 7.905.737	25	\$ 11.452.844
IPS	10	\$ 1.553.890	5	\$ 4.587.763
Departamentos	13	\$ 1.750.082	10	\$ 1.080.691
Municipios	14	\$ 496.089	3	\$ 529.994
Régimen especial	8	\$ 2.291.110	0	0
Personas naturales	0	0	0	0
Otros vigilados	0	0	0	0
Total	116	\$ 13.996.908	43	\$ 17.651.292

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

- **Sanciones por incumplimiento del adecuado flujo de recursos**

- A las Entidades Responsables de Pago-ERP por el incumplimiento de los acuerdos de pago establecidos en Mesas de Saneamiento Fiscal y Financiero.
- Por el incumplimiento del Giro Directo establecido para los contratos de Capitación y Evento.
- Por el incumplimiento del Giro Directo del 80% frente a las Entidades que se encuentran en medida de vigilancia especial.

Tabla 63. Sanciones proferidas en investigaciones administrativas (flujo de recursos)

Entidad sancionada	Multas Ene.-Dic. 2018	Valor Ene.-Dic. 2018 (miles \$)	Multas Ene.-May. 2019	Valor Ene.-May. 2019 (Miles \$)
EPS	24	\$ 14.600.632	6	\$ 2.794.892
IPS	14	\$ 503.901	3	\$ 844.678
Departamentos	10	\$ 417.964	0	\$ 0
Municipios	12	\$ 1.456.235	0	\$ 0
Régimen especial	0	\$ 0	0	\$ 0
Personas naturales	0	\$ 0	0	\$ 0
Otros vigilados	0	\$ 0	0	\$ 0
Total	60	\$ 16.978.732	9	\$ 3.639.570

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Adopción y seguimiento de acciones y medidas especiales

A mayo de 2019 las entidades vigiladas con medidas especiales correspondieron a 33 discriminadas como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 64. Entidades con medidas especiales

Medida	Entidades a Dic. 2018	Entidades a May. 2019
Intervención forzosa administrativa para liquidar	2	3
Vigilancia especial	20	21
Intervención forzosa administrativa para administrar	6	8
Programa de recuperación	4	1
Total	32	33

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Durante el periodo de junio 2018–mayo 2019 se destacan las siguientes actividades:

Tabla 65. Entidades en Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar

EPS SALUDCOOP OC	<p>Entidad que viene con Intervención Forzosa administrativa para liquidar desde el 2015. El 22 de noviembre de 2018, se prorrogó el término de la intervención, hasta el 24 de junio de 2019</p> <p>El proceso de calificación y graduación de acreencias arrojó un reconocimiento total de \$3,26 billones, de las cuales ha pagado con corte a marzo de 2018 \$581.624 millones, equivalente al 18% del total reconocido. De esta, lo cancelado a la red de prestadores de servicios de salud, asciende a \$381.142 millones.</p> <p>En cuanto al proceso de venta de activos, se tiene con corte a marzo de 2019, que la EPS presenta activos disponibles para la venta por \$427.312 millones, representados en bienes inmuebles el 77% por \$326.385.022.875, muebles por \$5.015 millones, y acciones y participación en sociedades por \$95.912 millones, (22%).</p>
-------------------------	--

EPS MANEXKA EPSI	<p>En marzo de 2017, se ordenó la intervención forzosa administrativa para liquidar. Igualmente se ordenó la designación de Gildardo Tijero Galindo como agente liquidador de la entidad y a la firma Sociedad de Auditorías & Consultorías SAS -SAC CONSULTING SAS como Contralor.</p> <p>En consecuencia, dicha actuación administrativa tuvo su inicio acabando en marzo de 2017, suspendida por orden judicial (02 fallos de tutela) y finalmente continuada igualmente por orden judicial (T-103/2018), el pasado 10 de enero del presente año, como lo dispuso la Resolución 000052 del 8 de enero de 2019.</p>
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS EN LIQUIDACIÓN-CHOCO	<p>En julio de 2016, se decretó el levantamiento de la medida de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar y se le ordenó la Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar</p> <p>Dentro del proceso de la liquidación se procedió a suprimir los 109 cargos, se efectuó el traslado de todos los funcionarios de la ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís al nuevo Hospital creado por el Gobierno departamental.</p> <p>A la fecha, la ESE tiene por recuperar cartera por valor de 14.894 mil millones de pesos de los cuales 10.591 corresponden a excedentes de Caprecom.</p>

Tabla 66. Intervención Forzosa Administrativa para Administrar

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ-ESE	<p>En el año 2014, se le dictó la medida, la cual se ha prorrogado de manera sucesiva, hasta el 2 de junio de 2019. Se destaca lo siguiente:</p> <p>La mayoría de los hallazgos de carácter administrativo, financiero y técnico científico que dieron origen a la medida de Intervención fueron subsanados, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumple con el programa de mantenimiento hospitalario. - Se encuentra al día con el pago de salarios, seguridad social, aportes parafiscales y pago de honorarios a contratistas. - Se estableció la ruta para la depuración de los estados financieros logrando al cierre de diciembre de 2018, estados financieros razonables. - Incremento sostenido en los niveles de facturación, la cual pasó de \$5.653 millones en septiembre de 2014 a \$11.616 millones al cierre de marzo del 2019. - La Superintendencia Nacional de Salud solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social la asignación de nuevos recursos FONSAET para la ESE por valor de \$15.442 millones, los cuales fueron ejecutados en su totalidad. - La ESE continúa brindando el acceso a sus usuarios cumpliendo con los atributos de la calidad implementando de la política de seguridad del paciente. - El servicio de urgencias presentó mejora durante la intervención no solo en infraestructura si no en recurso humano, impactando positivamente la oportunidad en la atención y la resolutivez.
HOSPITAL DPTAL. VILLAVICENCIO	<p>Se adopta la medida en el 2015, a la cual se han realizado cinco (5) prorrogas, siendo la última hasta el 25 de noviembre de 2019.</p> <p>Durante el seguimiento adelantado en la medida de intervención se destacan los siguientes avances:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pago gradual de pasivos, encontrándose al día con deudas laborales y de contratistas, incluidos aportes a seguridad social y parafiscales. - Reactivación de servicios especializados los cuales se encontraban cerrados al momento de adoptarse la medida - Asignación de recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) por valor de \$22.818 millones, los cuales fueron gestionados por la Superintendencia ante el Ministerio de Salud y Protección Social, entre el 2015 y el 2018.

HOSPITAL DPTAL. VILLAVICENCIO	<ul style="list-style-type: none"> – Mejoramiento en la facturación, al pasar de \$5.800 millones en el 2015 a \$14.000 millones a la fecha, normalizando y fortaleciendo los ingresos de la entidad.
ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAICAO	<p>En junio de 2016 se ordenó la medida, la cual fue prorrogada en el 2018, por el término de un año. La Entidad ha avanzado en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estabilización de la prestación del servicio y posicionamiento de la ESE como el hospital de referencia de la Alta Guajira. – Trabajo intersectorial con organizaciones no gubernamentales (American Care) para la atención de inmigrantes venezolanos y población pobre no asegurada (financiación de medicamentos y atención en medicina general y promoción y prevención del binomio madre e hijo).
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DE CARTAGENA	<p>En el 2016 se ordena la medida, a la cual se le han realizado dos prórrogas, siendo la última ordenada en el 2018 y la cual se encuentra vigente.</p> <p>En el monitoreo y seguimiento realizado, se destacan las siguientes actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se ha garantizado el pago de salarios, descuentos de nómina, aportes a seguridad social y aportes parafiscales. – La entidad logra un equilibrio presupuestal con reconocimiento y cumple la meta de facturación planteada. – A la ESE se le asignaron recursos FONSAET en el 2018, por valor de \$17.094 millones, los cuales se encuentran en fase de ejecución.
HOSPITAL SAN ANDRÉS-ESE DE TUMACO	<p>En marzo de 2017 se le ordenó medida de intervención forzosa administrativa para administrar, la cual ha sido prorrogada hasta el 22 de septiembre de 2019.</p> <p>Durante la medida se destacan los siguientes avances:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apertura al servicio de Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Urología y Oftalmología, especialidades con las cuales la Entidad no contaba al inicio de la medida. – Incremento de la facturación promedio 2016: \$1.300 millones–promedio intervención: \$1.824 millones en 2017 y de enero a octubre de 2018 \$1.904 millones. – Balance presupuestal con reconocimiento y recaudo, logrando equilibrio en su operación.
HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	<p>Se ordena la toma de posesión inmediata el 1 de febrero de 2019, dado el deterioro de la mayoría de los indicadores relacionados con habilitación y prestación de servicios, así como deficiencias en la gestión y administración de los recursos. A la fecha esta entidad se encuentra en seguimiento y control de la medida de intervención</p>
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO	<p>En mayo de 2019 se ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar, por el término de un año.</p>

Fuente: Supersalud

Tabla 67. Medidas Preventivas

VIGILANCIA ESPECIAL A LAS EPS ASMET SALUD Y ECOOPSOS	<p>Se consideró pertinente adoptar la medida, limitando su capacidad para realizar nuevas afiliaciones y aceptar traslados, así como la designación de contralor con funciones de revisoría fiscal.</p> <p>Lo anterior, dado el cumplimiento del Plan de Reorganización Institucional, aprobado por esta Superintendencia, que no ha alcanzado los objetivos planteados por la entidad ni el cumplimiento a las advertencias realizadas por la Supersalud.</p>
---	--

PASO DE MEDIDA PLAN DE RECUPERACIÓN A MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL PARA LAS EPS EMSSANAR E.S.S, COMFASUCRE Y COMFAMILIAR HUILA	Con base en los conceptos técnicos de seguimiento a las medidas especiales, se consideró cambiar la medida preventiva de programa de recuperación que se había adoptado a las EPS Emssanar E.S.S., COMFASUCRE y COMFAMILIAR Huila y adoptar la medida preventiva de Vigilancia Especial.
OTRAS MEDIDAS DE VIGILANCIA ESPECIAL EN EPS	Adicional a lo expuesto en los numerales anteriores, durante el periodo se mantuvieron las medidas de vigilancia especial ordenadas para las siguientes EPS: DUSAKAWI, COMFACUNDI, CONVIDA, SALUDVIDA EPS, CAPITAL SALUD EPS-S SAS., CAPRESOCA, SAVIA SALUD EPS, SOS, MEDIMAS EPS SAS, AMBUQ EPS-S-ESS, COMPARTA EPS-S, CRUZ BLANCA EPS, EMDISALUD, COMFAMILIAR CARTAGENA Y COOMEVA EPS
DESIGNACIÓN DE CONTRALORES	En el periodo junio de 2018 a mayo de 2019, atendiendo el estado de avance de las acciones y medidas especiales ordenadas a las EAPB y los hallazgos evidenciados, se consideró pertinente remover el revisor fiscal del Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Sucre “COMFASUCRE”, Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S., ASMET Salud EPS S.A.S. y Dusakawi EPSI, y designar Contralores, quienes estarán sujetos a lo dispuesto en los numerales 4° y 6° del artículo 295 del Decreto Ley 663 de 1993.
REVOCATORIA TOTAL COMFACOR EPS	<p>La EPS Comfacor, durante el término de la medida de vigilancia especial, no logró enervar las causales que dieron origen a la medida, presentando deterioro en las condiciones financieras y de permanencia que le permiten operar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (capital mínimo, patrimonio adecuado, inversión en reserva técnica y verificación de la metodología para el cálculo de la reserva técnica). Así mismo, sus indicadores de liquidez evidenciaron una situación financiera crítica de la EAPB, generando riesgo a su población afiliada, al no contar con recursos que le permitieran cumplir con sus obligaciones a corto y largo plazo; adicionalmente, la entidad no logró realizar ninguna capitalización en este periodo, que le permitiera generar liquidez para atender sus obligaciones.</p> <p>De conformidad con lo anterior, en enero de 2019, se decidió la revocatoria total de la autorización de funcionamiento del Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR, en consecuencia, se ordena que a través de sus órganos de administración proceda a la liquidación.</p>
MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL ORDENADA A MEDIMÁS EPS S.A.S	<p>Desde el 19 de octubre de 2017, se adoptó medida preventiva de vigilancia especial a Medimás EPS S.A.S. El 19 de abril de 2018, se prorrogó por un (1) año, considerando que la entidad no logró superar los hallazgos que dieron origen a la medida inicial y que en el transcurso de esta se evidenciaron hallazgos de orden financiero, administrativo y jurídico que ameritaban un seguimiento más cercano.</p> <p>Posteriormente, en mayo de 2018, se removió a la firma BDO AUDIT S.A. del cargo de Revisor Fiscal de MEDIMAS EPS S.A.S., y designó a la SOCIEDAD DE AUDITORIAS & CONSULTORIAS S.A.S-SAC, como Contralor para la medida preventiva de Vigilancia Especial adoptada a Medimás EPS S.A.S.</p> <p>De igual forma, la Supersalud mediante Resolución 8166 del 4 de julio de 2018, creó una instancia transitoria de seguimiento a la EPS Medimás S.A.S., por el término de seis (6) meses, en la cual se contaba con el acompañamiento de la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, áreas competentes para decidir en la Supersalud, representantes de las veedurías en salud y las entidades territoriales en salud donde la EPS tenga presencia.</p>
MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL ORDENADA AL HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS ESE DE CHIRIGUANÁ	En diciembre de 2016 se adoptó la medida, en octubre de 2018 y en febrero y mayo de 2019, la medida fue prorrogada, con miras a: finalizar la depuración financiera y jurídica, así como a permitir que la ESE en concurso con el departamento gestionaran la alternativa de apertura del segundo nivel de atención, con todas las actividades propuestas por ellos.

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 68. Actas-valor conciliaciones Junio-diciembre de 2018 y enero- mayo 2019

Periodo	Actas	Valor miles (\$)
Jun-Dic 2018	413	176.207.440
Ene-May 2019	413	153.440.278
Total	826	329.647.718

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Función Jurisdiccional

Durante el periodo, la Superintendencia Nacional de Salud ha finalizado 2.275 procesos jurisdiccionales a través de las cuales se da respuesta a las solicitudes y/o se reconocen los derechos de los usuarios y en general de los actores del SGSSS.

Tabla 69. Sentencias emitidas por asuntos jurisdiccionales

Periodo	Incapacidades	Licencia maternidad	Reconocimientos económicos	Glosas	Libre elección	Prestaciones NO POS	Otros	Total
Jun-Dic 2018	368	74	203	154	74	108	48	1.029
Ene-May 2019	602	141	237	97	74	66	29	1.246
Total	970	215	440	251	148	174	77	2.275

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Gestión de la participación ciudadana en las instituciones del SGSSS.

Con el fin de promover la participación ciudadana se efectuaron las siguientes actividades en el periodo objeto de reporte:

Tabla 70. Actividades de participación ciudadana (junio 2018 a mayo 2019)

Actividad realizada	Lugares de realización de la actividad (ciudades)
Espacio de diálogo comunitario denominado “Diálogo con la Supersalud”.	Cali, Amaga, Armenia, Bogotá, La Guajira, Barranquilla, Montería, Quibdó, Pereira, Cúcuta, Girardot, Santa Marta, Yopal, Valledupar, San Andrés, Manizales, Tunja, Bucaramanga, Arauca, Popayán, Pasto, Neiva, Florencia, Villavicencio.
Eventos a terceros	Bogotá, D.C., Guatavita, Ibagué, Yopal.
Jornadas de capacitación y participación ciudadana	Bogotá, Ibagué, Ipiales, Manizales, San José del Guaviare, Soacha, Villavicencio, Yopal, Alpujarra, Apartadó, Armenia, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Cumaribo, La Calera, Mocoa, Mosquera, Neiva, Popayán, Puerto Carreño, Quibdó, San Juan Nepomuceno, Sincelejo, Tunja, Turbaco, Valledupar, Barranquilla, Cartagena, Dabeiba, Garzón, Medellín, Montería, Neiva, Pasto, Pereira, Piedecuesta, Quimbaya, Santa Marta.
Jornadas de atención al usuario	Bogotá, Cúcuta, Puerto Carreño, San Francisco, Valledupar.
Mesas de trabajo	Barranquilla, Bogotá., Montería, Quibdó.
Rendiciones de cuentas focalizadas	Bogotá, D.C.
Seminarios de promoción y divulgación de mecanismos de participación ciudadana y control social	Aguazul, Arauca, Bogotá., Bucaramanga, Chinchiná, Corozal, El Molino, Inírida, La Virginia, Mitú, Popayán, Puerto Carreño, Puerto López, Riosucio, Sabaneta, Valledupar, Venadillo.

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Protección de los Usuarios SGSSS

En la búsqueda constante de construir ciudadanía, a través de escenarios de participación e interacción incluyente con la población colombiana, durante el periodo junio 2018 a mayo 2019 la Supersalud ha desarrollado una estrategia de mejoramiento de la atención al ciudadano, desplegando actividades como:

- **Eventos:** Escenarios de participación con la ciudadanía en todo el territorio nacional, estos se han desarrollado como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 71. Eventos

Concepto	Junio de 2018 a abril 2019
Eventos	384
Asistentes a eventos	18.707

Fuente: Delegada Protección al Usuario-Supersalud

- **Gestión de PQRD y solicitudes de información:**

Tabla 72. Gestión de PQRD y solicitudes de información

Junio de 2018 a abril 2019	
PQRD	789.608
Solicitud de Información	584.431
Total	1.374.039

Fuente: Delegada Protección al Usuario-Supersalud

Una de las principales actividades de acercamiento y mejora de la atención al ciudadano, el fortalecimiento de la presencia institucional en el territorio Nacional, a través de los diferentes convenios interadministrativos celebrados con la SIC, la Unidad para la Reparación y Reparación Integral a las Víctimas, Gobernaciones, Alcaldías y la participación de la Supersalud en el Centro Integrado de Servicios-CIS Chaparral-Tolima.

- **Visitas de Inspección:**

Tabla 73. Número de Visitas Realizadas de junio 2018 a abril 2019

Periodo	Visitas
2018 (junio-diciembre)	112
2019 (enero-abril)	35
Total	147

Fuente: Delegada Protección al Usuario-Supersalud

- **Medidas Cautelares:** Herramienta implementada por Supersalud para garantizarle a los usuarios del sistema de salud los servicios particulares que tengan de acuerdo con cada patología. El incumplimiento de estas órdenes puede representar sanciones a las entidades y sus representantes legales.

Tabla 74. Medidas cautelares

Periodo	Medidas cautelares	Resolución - medidas cautelares
Diciembre - 2018	2	11236 y 114623
Febrero - 2019	1	802
Abril - 2019	1	4451
Total	5	

Fuente: Delegada Protección al Usuario-Supersalud

Con la implementación de esta herramienta legal, la Superintendencia ha ordenado resolver casos a pacientes con diagnósticos de cáncer, VIH, enfermedades renales, enfermedades huérfanas, pacientes con trasplantes, entre otras patologías.

- **Instrumentos de Medición:**

Tabla 75. Instrumentos de medición

Periodo	Tipo
2018 y 2019	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS en el canal personalizado (regionales y CAC) y canal telefónico
2018	CLIENTE OCULTO personalizado en las ciudades Neiva, Quibdó, Cali, Medellín, Bucaramanga y Barranquilla
2019	CLIENTE OCULTO personalizado en regionales y CAC, el proceso de contratación se encuentra en trámite.

Fuente: Delegada Protección al Usuario-Supersalud

- **Metodología de Evaluación de Desempeño de las EPS de Atención al Usuario:** Durante el segundo semestre de 2018 se logró evaluar a cuarenta y cuatro (44) EPS con resultados de veinticuatro (24) planes de mejoramiento y, cuarenta y cinco (45) requerimientos de explicación por fallas.

6.3 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA



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 marzo de 2018 y 2019 (un año), 473 establecimientos mejoraron su estatus sanitario; esto representa una mejora de 4,45%.

A marzo 31 de 2019, el censo de establecimientos vigilados corresponde a 14.603, de los cuales el 17,2% establecimientos con riesgo alto, el 65,2% con moderado y el 17,6% con bajo. Adicionalmente, se tienen 5 establecimientos en riesgo muy alto.

Tabla 76. Establecimientos por nivel de riesgo, a 31 de marzo de 2019

Tipo de establecimiento	Nivel de Riesgo								Total
	MUY ALTO		ALTO		MODERADO		BAJO		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
1. Alimentos	-	0,00%	1.877	25,41%	5.506	74,54%	4	0,05%	7.387
2. Plantas de Beneficio	-	0,00%	49	9,16%	485	90,65%	1	0,19%	535
3. Medicamentos	3	0,30%	135	13,66%	694	70,24%	156	15,79%	988
4. Bancos de Sangre	-	0,00%	7	8,64%	70	86,42%	4	4,94%	81
6. Dispositivos Médicos	1	0,03%	288	8,62%	1.335	39,93%	1.719	51,42%	3.343
7. Bancos de Tejidos	1	5,26%	6	31,58%	11	57,89%	1	5,26%	19
8. Cosméticos	-	0,00%	152	6,76%	1.417	62,98%	681	30,27%	2.250
Total	5	0,03%	2.514	17,22%	9.518	65,18%	2.566	17,57%	14.603

Fuente: Grupo Unidad Riesgo-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 2018 y 2019 se realizaron las siguientes visitas de inspección.

Tabla 77. Visitas de IVC, según producto

Vigencia 2018 (julio)			Vigencia 2019 (a mayo 31)		
Producto	No. Visitas	Porcentaje	Producto	No. Visitas	Porcentaje
Alimentos	5.200	73%	Alimentos	4.400	78%
Plantas de beneficio animal	549	8%	Plantas de beneficio animal	483	9%
Medicamentos	483	7%	Medicamentos	255	5%
Dispositivos médicos	409	6%	Dispositivos médicos	267	5%
Cosméticos	264	4%	Cosméticos	196	3%
Bancos de sangre	176	2%	Bancos de sangre	63	1%
Total	7.081	100	Total	5.664	100

Fuente: Plan Operativo Anual-Invima

Como resultado de las visitas de IVC se aplicaron en el período julio-diciembre 2018 un total de 1.508 medidas sanitarias, principalmente congelación o suspensión temporal de

la venta o empleo de productos y objetos. En 2019 a la fecha, se han aplicado 737 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.

Implementación del Decreto 1500 de 2007 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 visita 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 1 de julio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019.

Tabla 78. Gestión en el marco de la Implementación del Decreto 1500 de 2007

INDICADOR	2018	2019
Plantas de beneficio autorizadas, plantas de desposte y desprese autorizadas-Decreto 1500	68	105
Acondicionadores de carne y productos cárnicos	94	111
Total de cierres por incumplimiento de nueva normatividad sanitaria	217	222
Número de inspectores Invima en mataderos	334	237
Número de países donde se puede exportar carne colombiana	20	19

Fuente: Dirección de Alimentos y Bebidas-Invima

Estrategia del Invima, en la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano.

El Invima ha desarrollado la estrategia en la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano mediante la recepción y gestión de las quejas, denuncias y otros con el fin de realizar los análisis de información respectivos y determinar las acciones correspondientes realizados por el Grupo de Reacción Inmediata (GURI).

El Invima ha realizado visitas y/u operativos conjuntos con las autoridades judiciales, entre ellas la SIJIN, DIAN, la POLFA y el CTI los cuales han permitido mitigar el riesgo que representan estos flagelos, en la salud pública de la población.

Para el segundo semestre de se realizaron 12 visitas y/u operativos conjuntos; para el primer trimestre del 2019 se llevan 5 visitas y/u operativos conjuntos. Para el segundo semestre del 2018, el Invima en articulación interinstitucional con el CTI de la Fiscalía General de la Nación y el Ejército Nacional de Colombia realizaron el decomiso de 9,13 toneladas de productos cárnicos procesados en sitios de sacrificio clandestinos y acondicionamiento ilegal en la ciudad de Bucaramanga (Santander), logrando el CTI la captura de dos (2) personas por el delito de Corrupción de Alimentos.

Asimismo, en la ciudad del Cali (Valle del Cauca) con acompañamiento de la Secretaria de Salud de Cali , DIAN, Policía Nacional municipal de Cali y el Ejército Nacional, se decomisaron en el centro comercial “Pasaje de Cali”, 79.834 unidades de medicamentos, alimentos y potencializadores sexuales fraudulentos; y también se generó el decomiso de 8 toneladas de aceite vegetal para uso y consumo humano que incumplía con la normatividad sanitaria vigente y ponía en un alto riesgo la salud de la población.

Durante 2019, se han realizado acompañamientos a la SIJIN, CTI de la Fiscalía General de la Nación y POLFA, donde se ha prestado por parte del Invima el peritaje técnico sanitario para la incautación de 251.027 unidades de medicamentos cosméticos, dispositivos médicos y potencializadores sexuales fraudulentos que incumplían con la normatividad sanitaria vigente, en operativos realizados en las ciudades de Bogotá D.C, Barranquilla, Cali e Ibagué, donde las autoridades lograron la captura de 27 personas por delitos contra la salud pública, entre otros.

Fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios

En el periodo comprendido entre el 1 de Julio de 2018 y 31 de mayo de 2019, los grupos de laboratorio de la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad se presentaron para la evaluación de vigilancia y ampliación de alcance de la acreditación con el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia-ONAC cuyo resultado fue la acreditación de un total de 79 metodologías, las cuales facilitan los procesos de admisibilidad de mercados.

Adicionalmente se realizó renovación tecnológica de seis equipos de alta tecnología, y de alto impacto en la capacidad técnica de los laboratorios de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías y Físicoquímico de Alimentos y Bebidas lo cual fortaleció la capacidad técnica dado que el uso de los nuevos disolutores y cromatógrafos permiten optimizar los tiempos de análisis, así como mejorar la trazabilidad analítica en procura del aseguramiento de la validez de los resultados.

Durante la vigencia 2018 se adelantaron diferentes fases para la implementación del sistema de gestión de los laboratorios, herramienta tecnológica con la cual se optimizan los procesos llevados a cabo en la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad, actualmente el proyecto se encuentra en periodo de estabilización.

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. Para la vigencia 2018 se presentó una ejecución del 86% en términos de recursos obligados, mientras que en el 2017 se alcanzó un 93%, con respecto a la vigencia 2019, durante lo corrido con corte a 31 de mayo, se ha comprometido un total de 34%, tal como se señala a continuación:

Tabla 79. Ejecución Presupuestal

Vigencia 2018			Vigencia 2019		
Apropiación vigente		Obligación	Apropiación vigente		Compromiso
Funcionamiento	\$122.007.350.000,00	89%	Funcionamiento	\$123.427.727.860,00	37%
Inversión	\$ 55.174.000.000,00	79%	Inversión	\$ 59.515.000.00,00	29%
Total	\$177.181.350.000,00	86%	Total	\$182.942.727.860,00	34%

Fuente: Grupo Financiero y Presupuestal y Oficina Asesora de Planeación-Invima

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 julio 2018 a mayo de 2019 se mantienen las acreditaciones y certificaciones que evidencian el fortalecimiento del Instituto, la mejora continua, contribuyendo con el cumplimiento eficaz de la plataforma estratégica:

- Autoridad sanitaria de referencia regional para medicamentos y productos biológicos en las Américas–Agencia Nivel IV. Acreditación otorgada por la OPS.
- Sistema de Gestión de Calidad bajo las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2015 de la cual se tiene proyectada la renovación para agosto de 2019. Certificación otorgada por Icontec.
- Acreditación de los Laboratorios del Invima en 79 metodologías establecidas en el alcance del Anexo 13-Lab-034, con base en los requisitos de la norma ISO/IEC-17025:2005. En junio de 2019 se realizará la actualización del alcance a los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017. Acreditación otorgada por ONAC.

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 y encaminando esfuerzos hacia la lucha contra la ilegalidad y el contrabando.

El Invima es la sexta entidad más transparente de acuerdo con el Índice de Transparencia Nacional de las Entidades Públicas 2015-2016 y primera en el sector salud, presentando un avance en la calificación y mejorando 8 puestos respecto a la medición anterior. Se espera nueva medición del índice de transparencia y acceso a la información para el segundo semestre del año 2019.

Simplificación de trámites

Durante el segundo semestre del 2018, el Invima culminó la implementación de la estrategia de racionalización para 6 trámites, teniendo como resultado fusión de 4 trámites en 2, optimización del sistema de información para registro sanitario de plaguicidas de uso doméstico importados y automatización de 3 trámites de registros sanitarios de medicamentos.

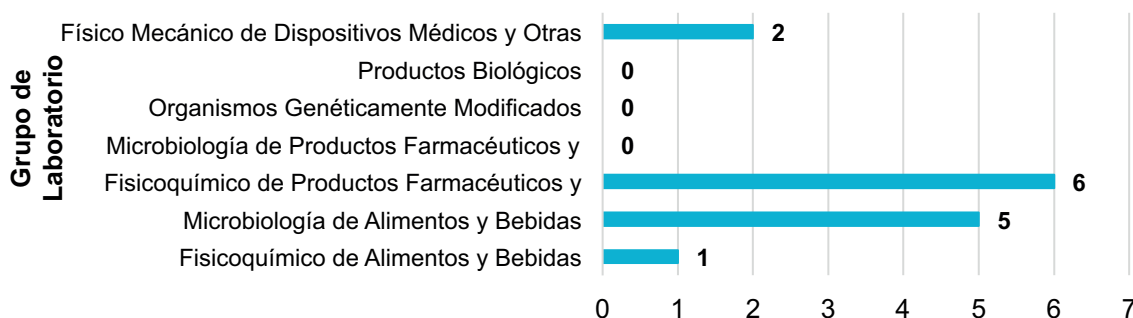
De enero a mayo de 2019 se definieron 9 acciones para intervenir 7 trámites así: 6 acciones administrativas, 2 acciones normativas, 1 acción tecnológica. A 30 de mayo se ha culminado la implementación de 3 de las acciones, logrando como resultados:

- Disminución del tiempo de trámite para importación de repuestos para equipos biomédicos, de 45 días a 3 días.
- Disminución del tiempo de trámite para modificación de registros sanitarios de alimentos y registro sanitario de productos fitoterapéuticos, de 15 a 5 días.

Fortalecimiento de la capacidad analítica de los laboratorios

En el periodo comprendido entre el periodo del 1 de Julio de 2018 y 31 de mayo de 2019, los grupos de laboratorio de la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad han implementado un total de 14 nuevas metodologías. Es de resaltar que en los últimos seis (6) años se han implementado 121 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 10.700 muestras, lo que representa aproximadamente 85.600 análisis en los diferentes productos competencia de Invima.

Ilustración 40. Metodologías implementadas y/o estandarizadas Julio 2018-Mayo 2019



Fuente: Oficina de Laboratorios y Control de Calidad del Producto-Invima

Adicionalmente, durante el mismo periodo, los grupos de laboratorio han realizado la validación y/o verificación de 14 metodologías, actividad que contribuye a la validez de los resultados emitidos.

Retos Institucionales 2019-2022

• Estatus sanitario

- Implementación de inspección en primera barrera para medicamentos y dispositivos médicos.
- Acompañamiento al sector privado para alcanzar requisitos sanitarios exigidos por terceros países.
- Apoyar el restablecimiento del estatus de fiebre aftosa en Colombia.
- Acompañamiento a las PBA de carne bovina tipo exportación para futuras exportaciones a USA (PINES).
- Fortalecimiento de la gestión misional de los Grupos de Trabajo Territorial (GTT) 2019.

Fortalecer a los GTT para brindar acompañamiento a ciudadanos, empresarios y emprendedores para facilitar y agilizar sus procesos ante el Invima. El proyecto se realizará en los Gtts de Occidente 1 – Medellín (Cosméticos), Occidente 2 – Cali (Medicamentos), Costa Caribe 1 - Barranquilla (Alimentos) y Orinoquia - Villavicencio (Plantas de beneficio).

• Eficiencia

- Una agencia sanitaria fortalecida, eficiente y accesible
- Implementación de la fase II:
- Invima a un Clic.
- Desafíos institucionales 2019-2022
- Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión para garantizar la prestación de los servicios institucionales.
- Una agencia sanitaria fortalecida, eficiente y accesible
- Gestionar infraestructura para el fortalecimiento de los laboratorios de la entidad.
- Culminar la estabilización del sistema de información de los laboratorios.
- Disminución de los tiempos de expedición de trámites.

• Transparencia

- Contribuir a una Colombia legal y transparente
- Fortalecer los controles de procesos de la Entidad.
- Desafíos institucionales 2019-2022
- Incentivar nuevas alianzas y mantener las relaciones interinstitucionales.
- Realizar capacitaciones en cultura de la legalidad.

6.4 Instituto Nacional de Salud-INS



El Instituto Nacional de Salud-INS, es una entidad científico-técnica del orden Nacional, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social; pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. En su carácter de autoridad científico técnica, los principales objetivos misionales son: (i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de

las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (iii) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

La gestión del Instituto se enmarca en la estrategia de Salud Pública, con aportes en diferentes frentes de los tópicos allí abordados; igualmente, la producción en materia técnico-científica, aporta a la innovación y generación del conocimiento a partir del trabajo desarrollado por los científicos que laboran en las diferentes direcciones.

A continuación se hace una reseña de los logros en cada uno de los objetivos del INS, haciendo claridad que no se enuncia de manera específica el objetivo “Promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del instituto”, pues como se podrá colegir de la descripción de cada objetivo, éste se encuentra incluido en cada uno de ellos, toda vez que el espíritu que mueve la gestión institucional, es precisamente dicha promoción de la investigación en los diferentes ámbitos de la salud pública, a fin de generar conocimiento e innovación.

Para el periodo de reporte, los resultados más destacables por objetivo fueron:

Desarrollo y gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas:

- En la gestión del conocimiento. El Observatorio Nacional de Salud-ONS, genera evidencia de la situación de salud del país, a partir de información en salud de origen primario o secundario, cuyos resultados pueden ser consultados en: <http://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones>, En el 2018, se destacan las siguientes:
 - Informe técnico especial “Carga de enfermedad ambiental en Colombia”, como primer ejercicio para establecer con certeza qué proporción de la enfermedad y muerte que ocurre en el país está asociada al impacto del ambiente en la población colombiana. Con este análisis se identifica que la calidad del aire que respiramos y del agua que tomamos son los prin-

cipales factores de riesgo ambiental que inciden en la salud de los colombianos. Dicho informe fue enviado, según el compromiso de Ley, a las comisiones séptimas del Congreso de la República.

- Producción de nuevo conocimiento científico sobre efectos del conflicto armado en la salud mental de las víctimas y sus costos. Además de 29 artículos científicos en revistas indexadas que reportan resultados de análisis de indicadores en salud pública en Colombia, sobre carga global de enfermedad, desigualdades sociales, costos de enfermedad y consecuencias del conflicto armado; y cinco *Policy Brief* con recomendaciones a los tomadores de decisiones.
 - De otra parte, se desarrollaron y divulgaron dos herramientas informáticas para estimación de carga de enfermedad y carga de enfermedad atribuible a factores de riesgo ambiental en Colombia, que facilitan al usuario el análisis de estos eventos y visualización de resultados.
- En las Redes de Conocimiento en Salud Pública-RCSP. Se realiza un análisis matemático con paquetes de análisis de redes del lenguaje de programación R, sobre la información de 69 actores del área de salud. La minería de estos datos revela centralización y densidades en todas las temáticas de interés, así como cuáles son los actores con legitimidad e influencia en cada temática y la dinámica misma de intercomunicación entre los actores.

Se cuenta con plataforma interactiva que permite el registro y desarrollo de actividades con actores identificados (onsredes.ins.gov.co). A nivel institucional se configura la mesa de trabajo para hacer un ejercicio de articulación con las redes de Malaria, Tuberculosis, Seguridad y Salud en el Trabajo y Chagas, que se encuentran vinculadas a la Dirección de Investigaciones del INS.

- Los resultados del décimo informe técnico especial “Carga de enfermedad ambiental en Colombia”, fueron discutidos con el Ministerio de Salud, concluyendo que los análisis son relevantes para la política pública en salud pública y que los mensajes de divulgación deben ser ajustados resaltando los aspectos más urgentes para los tomadores de decisiones. En el mes de abril del 2019, se realizó el lanzamiento oficial de la publicación en el Jardín Botánico de Bogotá.
- Las recomendaciones de política pública, en este período surgen de los hallazgos identificados a partir de los diálogos con las comunidades, organismos internacionales y otros investigadores, así como de aspectos relacionados con planteamientos de políticas ya establecidos en el país y aplicables a políticas públicas transversales desde la mitigación de los factores de riesgo ambiental, la atención en salud, la mitigación y adaptación al cambio climático y generación de nuevo conocimiento. Se divulgaron a los tomadores de decisión para generar acciones en pro del bienestar de la población colombiana. Las recomendaciones pueden ser consultadas en el capítulo séptimo del décimo informe técnico especial del ONS: <http://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>
- En el año 2019, se están desarrollando revisiones conceptuales para análisis de acceso a servicios de salud como parte metodológica para definición del modelo de análisis de la temática a partir del Sistema de Salud en Colombia.

- Se está desarrollando una herramienta de visualización de datos de indicadores en salud pública con una estructura de presentación para la web, las bases de datos incluidas permiten versión de prueba interna.

Investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina

Principales logros:

- La Dirección de Investigación en Salud Pública (DISP) del INS logró la financiación de dos proyectos investigación adicionales por Colciencias, de la convocatoria 777-2017, titulados: “Infección y efectos a la salud derivados de la aplicación de biopolímeros en la Ciudad de Cali”; “Determinación in vitro del potencial antituberculoso de moléculas de origen sintético frente aislamientos resistentes de Mycobacterium tuberculosis y a condiciones no-replicativas, como posible fuente de nuevos medicamentos antituberculosis”.
- El Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud (CDE) y Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud (EIH) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR) y el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) informó que el INS fue seleccionado para llevar a cabo la subvención Incorporación de la investigación para avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ER-SDG). La propuesta, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (Componente Tuberculosis Farmacorresistente), fue seleccionado entre 223 aplicaciones provenientes de 19 países de la región.
- La DISP organizó y participó en la 14a Reunión PulseNet América Latina y el Caribe, en la Ruta hacia el Análisis de Secuencias Genómicas.
- En el marco de la iniciativa de la Red Nacional de Comités de Ética y Comités de Bioética, la DISP, en representación del INS, lideró y coordinó el Nodo Bogotá – Centro de los Comités de Ética y Bioética.
- Durante la vigencia 2018, la revista Biomédica tuvo un cambio en su proceso editorial, pasó de ser una publicación impresa y electrónica, a una publicación totalmente en línea, lo que llevó a la adopción de nuevas herramientas que respondieran al compromiso con este nuevo reto que la publicación digital propuso.
- La revista Biomédica fue incluida en la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico – REDIB.
- El Grupo de Nutrición logró la certificación anual de la Sala Amiga de la Familia Lactante Empresarial del INS.
- La DISP participó activamente en la elaboración de propuestas técnico-jurídicas para ser incluidas en el proyecto de Ley 094 de 2018 “por medio de la cual se regula el funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y se dictan otras disposiciones”. Así mismo, participó en la mesa nacional de biobancos consolidada por Colciencias en el marco de la iniciativa de la Red Nacional de Comités de Ética y Comités de Bioética.

- Se dio cumplimiento a la orden T-622 de la Corte Constitucional, respecto de la formulación de estudios toxicológicos y epidemiológicos en el Río Atrato, proceso liderado de forma conjunta con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ambiente, formulando el proyecto “Evaluación de 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”. El Instituto, como uno de los responsables del cumplimiento de la orden octava, desarrolló cuatro productos previos a la formulación del estudio: i) Revisión de estudios previos sobre la temática en la zona (formulario electrónico), ii) Revisión sistemática de la literatura para definir las sustancias, iii) Análisis de fuentes secundarias, y iv) definición de indicadores ambientales.
- Se logró el reconocimiento para el INS por su aporte en las generaciones de nuevo conocimiento en contaminantes ambientales persistentes, por los proyectos realizados con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible en Bifenilos Policlorados (PCB).
- Se logró la vinculación del INS, como socio al Sistema de Biodiversidad (SiB) del Instituto Humboldt, con el inicio del registro de colonias entomológicas.
- El Grupo de Morfología Celular logró el desarrollo de un modelo animal sobre los efectos del virus neurotrópico Zika, aportando al estudio de la etiología de dicha enfermedad en el neurodesarrollo embrionario de un feto humano.
- Se realizó la actualización y validación de las Guías Alimentarias basadas en alimentos (GABAS) para la población colombiana en sus dos versiones, población mayor de dos años y menores de dos años, gestantes y lactantes.
- Se elaboró el protocolo “Evaluación de los efectos en salud asociados a la exposición ambiental a la mezcla usada en los territorios donde operará el programa de erradicación de cultivos ilícitos” como parte de una propuesta integral del Instituto en el marco de aspersión por glifosato en el país.

Vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos biológicos:

El Instituto Nacional de Salud, a través de la Dirección de Producción, tiene como propósito adelantar acciones relativas a la investigación, desarrollo, producción, comercialización y provisión de bienes y servicios esenciales en salud pública, de conformidad con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, bien sea de manera directa o mediante la celebración de alianzas o asociaciones estratégicas. Así se recoge tanto en el Decreto 4109 de 2011 “Por el cual se cambia la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Salud-INS y se determina su objeto y estructura”, como en el Decreto 2774 de 2012 “Por el cual se establece la estructura interna del Instituto Nacional de Salud (INS)”.

En tal sentido, durante el periodo de agosto de 2018 hasta abril de 2019, las acciones desarrolladas por la Dirección de Producción estuvieron enfocadas al suministro de insumos de interés para la salud pública del país, a partir de lo cual es posible reportar los siguientes resultados:

- Suministro de 8.108 animales de laboratorio criados y mantenidos bajo condi-

ciones controladas macro y micro ambientales de barrera, que fueron utilizados en protocolos de investigación, diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública y la realización de pruebas de control biológico.

- Producción de 2.953,65 litros de medios de cultivo, agua y soluciones requeridos para el aislamiento e identificación de microorganismos en el diagnóstico microbiológico, los cuales son considerados insumo básico en procesos de validaciones de técnicas microbiológicas, muestreos analíticos de alimentos y medicamentos, control de calidad de producto en proceso, producto terminando de biológicos, pruebas de desempeño de productividad, selectividad y ausencia para medios de cultivo, monitoreo ambiental y de procesos de producción.
- Suministro de 244,9 litros de plasma hiperinmune destinado a la producción de suero antiofídico polivalente y otros hemoderivados usados por los grupos internos de trabajo del INS para producción de medios de cultivo, el diagnóstico y tratamiento de eventos de interés en salud pública.
- Producción de 11.351 viales de antiveneno distribuidos de la siguiente manera: 1.663 viales de Antiveneno Lonómico Polivalente, como medicamento vital no disponible, producidos en el marco de la emergencia sanitaria declarada mediante Resolución 1302 de 2014, prorrogada por la resolución 1209 de 2017 y prorrogada nuevamente mediante Resolución 1487 de 2018, por desabastecimiento en el país. Y 9.688 viales de Suero Antiofídico Polivalente, esta producción de antivenenos busca atender la demanda generada en el país, permitiendo contar con un stock estratégico para satisfacer la demanda. Finalmente, para el periodo comprendido entre enero y abril de 2019, la Dirección de Producción del INS se encuentra en el alistamiento de las áreas productivas, para continuar con la producción de los antivenenos y el desarrollo de otros nuevos productos.
- En lo que va corrido de la vigencia 2019, se ha analizado un total de 418 muestras que requirieron análisis de control de la calidad, las cuales corresponden a bienes y servicios del INS, esto con el fin de asegurar la calidad de los productos.

En la siguiente tabla se presentan los datos de producción de cada uno de los insumos en lo que representa al periodo de agosto 2018 hasta abril del 2019.

Tabla 80. Producción de insumos (agosto 2018–abril 2019)

Indicador	2018					2019				Total
	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	
Animales de laboratorio producidos	889	1373	1275	1037	1044	335	722	682	751	8108
Litros de hemoderivados producidos	108,17	1,85	2,95	1,4	0,75	1,75	1,65	123,88	2,5	244,9

Indicador	2018					2019				Total
	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	
Litros de medios de cultivo producidos	420,040	492,990	311,850	461,320	522,050	160,990	56,290	223,320	304,800	2953,65
Viales de antivenenos producidos	0	0	11351	0	0	0	0	0	0	11351
Análisis de control y aseguramiento de la calidad a los bienes y servicios de interés para la salud pública	Para la vigencia 2018, no se contó con este indicador.					88	79	121	130	418

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

Capacidad para monitorear por laboratorio enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes y condiciones no transmisibles crónicas prevalentes de interés en salud pública.

- Durante el periodo comprendido entre agosto de 2018 y abril de 2019, el Laboratorio Nacional de Referencia del INS, realizó 36.227 ensayos analíticos orientados al diagnóstico y/o confirmación de los eventos sujetos a vigilancia y control sanitario, de conformidad con las disposiciones que sobre la materia establece el MSPS y en apoyo directo a la vigilancia y control de 54 eventos de interés en salud pública y situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.
- Apoyo en la detección de la circulación de agentes en 69 brotes a nivel nacional, durante los meses de agosto 2018 a abril de 2019, con acciones como: realización de 5.526 ensayos, caracterización de aislamientos, diagnósticos histopatológicos, participaciones en unidades de análisis, capacitaciones, levantamientos entomológicos, elaboración de informes de calidad de agua en los municipios con riesgo a brote vehiculizado por agua.

Cabeza de Red de Laboratorios de Salud Pública

- **Se aumentó y garantizó la capacidad diagnóstica del Laboratorio Nacional de Referencia a nivel territorial a través de:**
 - Mantenimiento de la acreditación de 9 ensayos de laboratorio, con la incorporación de nuevas técnicas para el fortalecimiento de la vigilancia.

- 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 15 ensayos de aptitud.
- **Se evaluó y verificó la calidad diagnóstica y el aseguramiento de la calidad de los que realizan la vigilancia en los territorios. (Laboratorios de Salud Pública).**
 - En este periodo se realizaron 15 Programas de Evaluación Externa del Desempeño, de los cuales dos son estudios especiales relacionados con Plan de certificación de interrupción T. cruzi y Proyecto de eliminación de barreras Chagas.
 - Se realizaron 16 actividades de fortalecimiento a las redes que incluyeron 9 reuniones, 4 talleres y 3 capacitaciones.
- **Acciones de Inspección, Vigilancia y Control - IVC del Instituto Nacional de Salud-INS.**

Durante el periodo comprendido entre los agosto 2018 y abril 2019, se realizaron 11 asistencias presenciales, 8 virtuales y 19 asesorías, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta de los Laboratorios de Salud Pública y su respectiva red de laboratorios y realizar supervisión de las actividades de su competencia. Adicionalmente, dando cumplimiento a la resolución 1619 de 2015, se realizaron, en este periodo, 8 visitas en estándares de calidad a los Laboratorios de Salud Pública y se publicaron 3 documentos relacionados con estándares; se puso en consulta los estándares de calidad a los laboratorios análisis de agua para consumo humano.

- **Fortalecimiento y mejora en la rectoría y control y lineamientos en la coordinación de la red de laboratorios para la vigilancia en salud pública.**

En este periodo se terminaron 52 documentos que incluyen análisis epidemiológicos, guías, artículos, boletines, informes técnicos y manuales para mejorar los procesos de vigilancia por laboratorio en el país.

Generación de conocimiento

Acorde con la competencia de la Dirección de Redes en Salud Pública-DRSP del INS, durante el periodo del reporte, se ha participado en 12 estudios especiales y 8 proyectos y se inició la participación en el desarrollo de cinco proyectos nuevos y 1 estudio nuevo.

Trasplantes de componentes anatómicos

Durante el año 2018 se realizaron 1.193 trasplantes, 11% menos que el total de trasplantes realizados durante el 2017 (1.342). Con corte a 30 de abril de 2019 se han realizado en el país un total de 400 trasplantes.

Tabla 81. Pacientes trasplantados, Colombia, abril 30 de 2019

Coordinación regional	Trasplante renal			TX corazón	Trasplante hepático			TX pulmón	TX intestino	Riñón-hígado	Riñón-páncreas	Total
	Cadavérico	Vivo	Subtotal		Cadavérico	Vivo	Subtotal					
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (regional 1)	76	32	108	9	24	11	35	3		4		159
Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (regional 2)	63	4	67	4	21		21	5				97
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (regional 3)	53	12	65	3	18		18	2	1		2	91
Secretaría Departamental de Salud de Santander (regional 4)	19		19	5	1		1					25
Secretaría Departamental de Salud del Atlántico (regional 5)	18	6	24				0					24
Secretaría Departamental de Salud de Huila (regional 6)	4		4				0					4
Total	233	54	287	21	64	11	75	10	1	4	2	400

Fuente: RedDataINS©

Pacientes en lista de espera y trasplantes realizados 2017-2018:

Tabla 82. Lista de espera

Concepto	2017	2018	Cambio %
Riñón	2.316	2.607	13%
Hígado	133	169	27%
Corazón	16	22	38%
Pulmón	23	35	52%
Total	2.488	2.833	14%

Fuente: RedDataINS©

Tabla 83. Pacientes trasplantados

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Riñón	2.599	92,62%
Hígado	24	0,86%
Corazón	139	4,95%
pulmón	32	1,14%
Intestino	1	0,04%
Páncreas	3	0,11%
Riñón-Hígado	4	0,14%
Riñón-Páncreas	4	0,14%
Total	2.806	100,00%

Fuente: RedDataINS©

Seguridad y disponibilidad de sangre y componente sanguíneo

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 84. Monitoreo de indicadores de Red de Sangre 2014-2018

Indicadores	2014	2015	2016	2017	2018	A 30 abril 2019*
Incineración de glóbulos rojos	4.3%	1.9%	3.7%	3.3%	2.9%	3.4%
Tasa positividad VIH por cien mil donaciones	73.2	68	57.9	35.3	32.5	13.0
Donación Voluntaria habitual	19.6%	21.5%	21.5%	22.2%	30.0%	32%

Fuente: Estadísticas INS. * Los datos de 2019 pueden tener bastante sesgo en especial los relacionados con Incineración y Tasa de positividad, dado que su medición más precisa depende de datos acumulados anuales.

Se presentó incremento en la donación voluntaria y repetida, pasando de 19,5% en 2015 a 30% en 2018.

Resultados en Salud Pública

- El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, permite el monitoreo semanal de 106 eventos de interés en salud pública y tiene al 100% de los departamentos, distritos y municipios notificando semanalmente, con una cobertura de 11.523 instituciones de salud.
- La evaluación de desempeño del sistema de vigilancia se realiza cada tres meses, tanto para los departamentos/distritos como para las EAPB. El resultado de esta evaluación muestra una mejoría en el desempeño del sistema en los departamentos de Boyacá, Arauca, Guaviare, Caldas y Quindío.
- Se inició la modernización del sistema de información del SIVIGILA que permitirá mejorar la recolección y acceso a los resultados de la vigilancia a nivel país.
- Como respuesta a los riesgos en salud pública presentados por la situación de migración venezolana, se realizaron asistencias técnicas para fortalecer la gestión del riesgo en los departamentos de frontera y la transferencia de los procedimientos del Centro de Operaciones de Emergencias a los departamentos de Cauca, Norte de Santander, Valle del Cauca, Magdalena, La Guajira y los distritos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta.
- El INS continúa el fortalecimiento de las capacidades en epidemiología para abordar brotes y epidemias en el país, para lo cual está rediseñando sus procesos de formación de nivel superior. Se están formando tutores y profesionales en epidemiología de campo de primera línea en 14 entidades territoriales, fuerzas militares y los trabajadores de salud, que hacen parte del plan intersectorial contra la desnutrición.
- En agosto de 2018, una comisión de los programas de entrenamiento en epidemiología de campo de Suecia y Reino Unido evaluó el programa de entrenamiento colombiano. En diciembre, con la presencia del Señor Presidente de la

República, Tephinet entregó la acreditación de altos estándares de calidad al programa de entrenamiento de Colombia, como el primer país hispanoamericano y el primer en lengua en español. Esto ubica al INS y a sus epidemiólogos de campo en la elite de la respuesta a brotes y epidemias, no sólo en Colombia sino en el mundo.

- **Enfermedades transmisibles.**

- De las situaciones de alerta se realizaron 68 salas de análisis del riesgo para eventos de alto impacto, tales como: malaria en frontera, sarampión, difteria, infecciones por *Ralstonia sp.* asociadas a la atención en salud, fiebre amarilla, leptospirosis, chagas agudo, enfermedades transmitidas por alimentos, entre otras. Han sido atendidas en promedio 450 situaciones semanales en un funcionamiento de 24x7.
- La respuesta ante la contingencia de sarampión, a pesar de la amplia afectación territorial, ha mostrado unos indicadores de desempeño muy superiores a la respuesta evidenciada por la Organización Panamericana de la Salud en Brasil y Venezuela. La Comisión de Certificación, la OPS, la OMS y los CDC, han resaltado la capacidad del país para responder a la epidemia con solo 300 casos confirmados, comparado con los 5.000 casos venezolanos y 11.000 brasileños.
- El Instituto Nacional de Salud - INS ha hecho parte del plan sectorial para el control del dengue, ante la perspectiva de un año epidémico durante 2019. La generación de información ha permitido mantener la situación muy cerca al nivel de control en los 152 municipios afectados, el promedio semanal de casos esperados era de 3.500 y se están presentando alrededor de 2.000.

- **Enfermedades No Transmisibles (ENT).**

- Durante 2018, el INS cierra el ciclo de vigilancia de la cohorte de mujeres embarazadas que fueron afectadas por el virus del zika durante el periodo epidémico 2016-2017, encontrando que de las 18.117 afectadas, 312 tuvieron niños con defectos congénitos relacionados con la infección. Este hallazgo es reconocido por la OMS y los CDC como un aporte al conocimiento de esta transmisión vertical.
- El Instituto Nacional de Salud - INS ha participado con el ICBF y el MSPS, en el desarrollo del plan sectorial “Ni uno más” para el abordaje integral de la desnutrición aguda en menores de 5 años en departamentos priorizados (La Guajira, Chocó y Vichada). El INS genera información oportuna para la acción individual en esos departamentos.
- El Sistema de Alerta Temprana de eventos trazadores no transmisibles, informa inmediatamente de situaciones que la EAPB debe intervenir para disminuir la mortalidad materna, mortalidad por desnutrición, la letalidad de algunas enfermedades huérfanas, entre otros.

- **Factores de Riesgo Ambiental y de inocuidad de alimentos.**

- Durante 2018 se implementó el Sistema de Alerta Temprana para Situaciones Ambientales relacionadas con eventos de interés en salud pública. El sistema permitió evaluar 180 situaciones a solicitud de autoridades y emitir 6 conceptos de evaluación de riesgo ambiental. Entre las emergencias evaluadas se encuentran el tema de la represa de Hidroituango, ola invernal de finales de 2018 y el posible fenómeno del niño 2019
- El INS ha liderado la actualización del Manual Técnico Andino, para el registro de plaguicidas componente salud, siendo una norma con estándares técnicos más altos e inclusión del concepto de riesgo. En la evaluación del riesgo de inocuidad alimentaria se ha aumentado la producción de conceptos, de 16 en 2016 a 28 de 2018.

Gestión Administrativa Institucional del Instituto Nacional de Salud – INS:

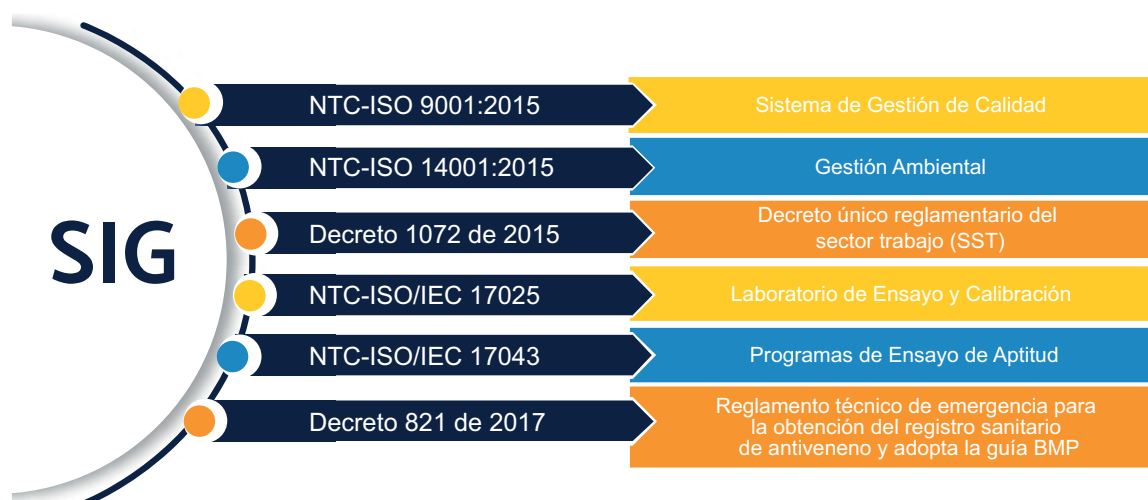
Como complemento a la acción misional, en materia administrativa el Instituto ha venido implementando, manteniendo y fortaleciendo las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión–MIPG y sus políticas, a fin de dar cumplimiento a las directrices de instancias como la Secretaría de Transparencia, el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Archivo General de la Nación y el Ministerio de Tecnologías de la Información, entre otros.

Los resultados más sobresalientes se enuncian a continuación:

Sistema de Gestión

El Instituto Nacional de Salud, para el fortalecimiento de su gestión institucional ha implementado los sistemas de gestión que se ilustran adelante, orientados a garantizar una operación óptima y mejora permanente de sus procesos misionales y administrativos.

Ilustración 41. Sistemas de gestión implementados en el INS



Fuente: Oficina Asesora de Planeación-INS

Como complemento a la implementación, se destacan los siguientes logros:

- Implementación del aplicativo para el registro y gestión de los planes de mejoramiento–SIGEM- y Salidas No Conformes–SNC.
- Administración y control digital de la totalidad de los documentos del SIG.
- Mantenimiento de la certificación del Sistema de Calidad bajo la norma ISO 9001 versión 2015.
- Conformación de la mesa de integración SIG.
- Apropiación de la nueva metodología del DAFP para la gestión del riesgo y actualización riesgos de corrupción.

Planeación Institucional

Atendiendo los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación–DNP y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público–MHCP, en cuanto a los ajustes metodológicos recomendados por la OCDE, se adelantaron varias acciones, entre las que se destacan:

- Formulación de 10 nuevos proyectos de inversión, ajustados a los programas y al Catálogo de Productos Sectoriales, los cuales surtieron adecuadamente los filtros respectivos y cuentan con asignación de recursos para la vigencia 2019.
- Se realizaron 7 trámites de autorización para comprometer cupo de vigencias futuras, los cuales, con el lleno de requisitos, recibieron aprobación por parte de las instancias respectivas (MSPS–DNP–MHCP y CONFIS).
- Apoyo técnico y acompañamiento en la formulación, consolidación y publicación de los Planes de Acción, Plan Anual adquirentes, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano–PAAC, Informe de Gestión de la vigencia 2018, Estrategia Anual de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía INS 2018, todos fueron puestos a consulta ciudadana y publicados en los términos de ley.
- Realización de 4 informes de seguimiento a indicadores: 2 de Plan Operativo Anual–POA y 2 de gestión, realización de informes de socialización del Monitoreo al Plan Anual de Atención al Ciudadano PAAC, Informe al Congreso, informe de gestión 2017-2018.
- Ajustes al Plan de Acción para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 612 de 2018.
- Se realizó una jornada de planeación estratégica donde la Dirección General definió los lineamientos a tener en cuenta para elaborar el Plan Estratégico Institucional 2018-2022, con retroalimentación de las diferentes dependencias del INS y se elaboró el documento Memoria del Plan Estratégico Institucional 2018–2022 el cual fue aprobado por la Dirección General.
- La visión de entidad expresada desde la Dirección General se resume así: seguir fortaleciendo ocho (8) grandes cabezas o redes, en unas como líderes que

ya somos y en otras posicionarnos o enfocarnos en nuestro papel, de igual manera fortalecer las cabezas transversales que son el soporte institucional.

- Realización de la Jornada de Planeación y Jornada de Calidad, para transmitir los lineamientos a tener en cuenta para la vigencia 2019.
- Participación en los diferentes escenarios para cuantificar y exponer los requerimientos necesarios, a fin de sustentar la asignación de recursos para gestión misional y administrativa de la Entidad en 2019 (registro de anteproyecto en el SIIF, registro de proyectos de inversión (10) en el DNP, participación en las discusiones del Sector, distribución de la cuota de inversión, con el acompañamiento de la Dirección General).

Transparencia y Lucha Contra la Corrupción:

Tabla 85. Austeridad en el gasto

Concepto	Acumulado		Variación porcentual
	2017	2018	
Publicaciones	30.063.318	0	-100%
Eventos, recepciones, agasajos, etc.	0	0	0%
Viáticos y gastos de viaje (1)	838.714.764	620.947.346	-26%
Combustible (2)	26.822.970	35.686.390	33%
Papelería	16.366.150	16.641.405	2%
Telefonía	94.740.637	102.942.358	9%
Servicios públicos (3)	1.519.559.052	1.211.841.418	-20%
Suscripciones	0	0	0%
Horas extras	68.881.336	77.745.748	13%
Pago de vacaciones	68.390.265	65.235.450	-5%
<p>(1). Incluye valor cancelado por tiquetes y pagos realizados para comisiones. (2). Información con base en el reporte de pagos SIIF Nación. (3). Corresponde a servicios de energía, gas, agua y alcantarillado.</p>			

Fuente: INS

Con el fin de dar cumplimiento a la Transparencia y Lucha contra la Corrupción, política prioritaria del Gobierno, definida en el MIPG y en el PND, se presentan los resultados obtenidos del INS durante la vigencia 2018, los cuales también fueron socializados en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas INS vigencia 2018.

Atención al Ciudadano

En cuanto a la política de atención al ciudadano, se ha venido trabajando y fortaleciendo la gestión institucional y la alianza sectorial, destacándose las siguientes acciones:

- Adopción de la Política Institucional de Calidad de Atención y Trato Digno al Ciudadano.

- Participación en dos Ferias de Atención al Ciudadano.
- Realización de más de ocho campañas institucionales de comunicación interna para la generación de cultura en la atención al ciudadano, canales de comunicación y protocolos de atención.
- Actualización de la Carta de Trato Digno al Ciudadano.
- Una capacitación dirigida a cada grupo de personal que presta el servicio de vigilancia, servicio de aseo y cafetería en protocolos de atención al ciudadano.
- Disminución en la extemporaneidad de las respuestas dadas a las PQRSD, de un 72,2%, comparativo realizado entre los meses de enero a octubre entre las vigencias 2017 y 2018.
- Realización de la primera medición del cumplimiento del protocolo de atención del canal telefónico del INS, evidenciando que el 52% de los funcionarios encuestados cumplen con los protocolos establecidos por la entidad.
- Desarrollo con los referentes de PQRSD de la primera jornada de atención al ciudadano, a través de la cual se brindó capacitación en aspectos tales como la comunicación básica de atención al ciudadano y el manejo de usuarios con niveles de discapacidad, jornada que se llevó a cabo con el apoyo del Instituto Nacional para Sordos - INSOR.
- Adopción de la política institucional de calidad de atención y trato digno al ciudadano, adoptada a través de la Resolución No. 0802 de 2018 y socialización de documento que apropia parte de las estrategias que el Instituto sigue para lograr un mayor acercamiento con el ciudadano.
- Acercamiento con el Ministerio de Salud y Protección Social para iniciar el Centro de Servicios de Atención al Ciudadano del Sector Salud.
- Aplicación, tabulación y análisis de las encuestas, así: 41 informes generados como resultados de eventos y capacitaciones, 3 informes de productos y servicios y 2 informes como resultado de formación de pasantes; se evidencia una disminución del 10% con respecto al año anterior.
- Realización de dos mesas de trabajo con el Grupo de Gestión del Talento Humano y la Dirección de Investigación, orientación que generó la inclusión en el procedimiento del manejo de las peticiones suspendidas y el aumento de peticiones cumplidas.
- Socialización por parte del Grupo de Bancos de Sangre, Trasplantes de Órganos y Producción, dirigido a los funcionarios del Grupo de Atención al Ciudadano y Correspondencia, con el fin de brindar información de los procesos y de esta forma realizar un correcto direccionamiento de las PQRSD.
- Se presentó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, las acciones tomadas para fortalecer y mejorar la atención; dando como resultado una disminución en la no oportunidad de las respuestas a las PQRSD.
- Asistencia de los funcionarios del Grupo de Atención al Ciudadano a las capacitaciones brindadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Escuela Superior de la Administración Pública y el Ministerio de Tecnología

gías de la Información y las Comunicaciones, sobre temas tales como manejo de PQRSD, transparencia y MIPG.

- Organización de un árbol de información de la Dirección de Vigilancia en Salud Pública, como herramienta para facilitar la clasificación y direccionamiento de las peticiones.
- Unificación del Grupo de Atención Al Ciudadano y Correspondencia, realizando la readecuación de la dependencia.
- Mejoras de operación del aplicativo de PQRSD, facilitando la comunicación y comprensión de los trámites y sus términos.
- Cumplimiento satisfactorio de los compromisos adquiridos con la Alta Dirección.
- Las actividades del PAAC fueron ejecutadas en un 100%
- Los resultados de indicadores fueron superiores a los establecidos en las metas trazadas, lo que genera la necesidad de aumentar el porcentaje de satisfacción para la vigencia 2019.
- Los resultados de informes de seguimiento por parte de OCI y auditorías, resaltaron la gestión del proceso.

Gestión Financiera y Ejecución Presupuestal

Logros:

- Se elaboraron, transmitieron a la Contaduría General de la Nación y publicaron en la página web de la entidad los estados contables correspondientes al Cuarto Trimestre de 2017 de acuerdo al Régimen precedente
- Primer – Segundo y Tercer Trimestre de 2018, de acuerdo con el Nuevo Marco Normativo Contable para Entidades de Gobierno. Igualmente, el Estado Financiero de Apertura a 01/01/2018
- Se elaboraron y publicaron en las carteleras del INS los estados contables de periodos intermedios correspondientes a los meses de enero, febrero, abril, mayo, julio, agosto, octubre y noviembre de 2018.
- Se elaboraron y presentaron electrónicamente las declaraciones tributarias
- Se atendieron requerimientos con el propósito de presentar informes a entes externos (Contraloría General de la Republica, Dirección de Impuestos Ministerio de Hacienda, Depto. Nacional de Planeación, DANE, Contaduría General de la Nación, Secretaria de Hacienda Distrital de Bogotá, Colciencias, Dirección del Tesoro Nacional, Dian)
- Elaboración de conciliaciones bancarias
- Se realizaron 14 Operaciones en moneda extranjera
- Los ingresos generados (recursos propios) a través de las ventas de Bienes y/o servicios, del mes de enero a diciembre de 2018 fueron los siguientes:

Tabla 86. Resultado de Ingresos 2018 (cifras en millones de pesos)

Total facturación de enero a diciembre de 2018	
Posición de ingresos	Valor
3-1-2-1-1-4-2 Productos químicos	957,6
3-1-2-1-1-4-3 Medicamentos	1.557,7
3-1-2-1-2-1-6 Educación no formal formación extensiva	38,6
3-1-2-1-2-3-7 Servicios conexos a la salud	24,4
3-1-2-1-2-8-8 Servicios de investigación científica y tecnológica	1.692,9
3-1-2-3-1-4 Semovientes	107,0
3-1-2-7-1-7 Arrendamientos	245,1
3-1-2-8-2-2 Aprovechamientos	19,0
Totales	4.641,9

Fuente: INS – SIIF

Los ingresos propios generados por la gestión misional del Instituto, para la vigencia 2018, fueron por valor de \$4.641,9 millones, correspondiente a los rubros que ilustra la tabla anterior.

En cuanto al ejercicio presupuestal de la ejecución de gastos para la vigencia 2018, se tuvo una apropiación total de \$55.964,5 millones de pesos, de los cuales \$36.747,2 millones de pesos, equivalente al 65,7% correspondió a Gastos de Funcionamiento, en tanto que el restante 34,3% (\$19.217,3), correspondió al rubro de Inversión.

Tabla 87. Ejecución 2018 (cifras en millones de pesos)

Concepto	Apr. vigente	Compromiso	Obligación	% ejec compr
Total presupuesto	55.964,5	52.859,7	48.014,2	94,5%
Gastos de personal	33.124,2	32.062,9	32.062,9	96,8%
Adquisición de bienes y servicios	2.585,7	2.371,4	2.214,2	91,7%
Transferencias corrientes	1.037,2	94,9	94,9	9,2%
Gastos tributos, multas, sanciones	-	-	-	
Inversión	19.217,3	18.330,4	13.642,2	95,4%

Fuente: INS–SIIF

Con respecto de la vigencia 2019, la apropiación presupuestal es de \$63.434 millones de pesos, de los cuales \$36.118,4 (56,9%), corresponden a Gastos Generales y los restantes \$27.315,6 (43,1%), financian los 10 proyectos de inversión con los que cuenta el INS.

Tabla 88. Ejecución 2019 (Corte abril 30) Cifras en Millones de Pesos

Concepto	Apr. vigente	Apr bloqueada	Apr. efectiva	Compromiso	Obligación	% ejec compr
Total presupuesto	63.434,0	2.034,1	61.399,8	18.934,3	12.071,6	30,8%
Gastos de personal	31.441,2	-	31.441,2	9.295,8	9.295,8	29,6%
Adquisición de bienes y servicios	2.063,5	-	2.063,5	1.172,8	353,7	56,8%
Transferencias corrientes	1.901,0	1.027,1	873,8	63,2	63,2	7,2%
Gastos tributos, multas, sanciones	712,7	-	712,7	380,2	380,2	53,4%
Inversión	27.315,6	1.007,0	26.308,6	8.022,3	1.978,7	30,5%

Fuente: INS-SIIF

Con corte a abril 30, la ejecución se ubica en el 30,8%, a nivel de compromisos, situación desagregada que se puede observar en la tabla anterior.

Fenecimiento de la Cuenta Fiscal

La Cuenta Fiscal presentada por el INS fue fenecida sin reparo alguno.

Gestión Contractual

Se adelantó la contratación requerida por las diferentes dependencias del Instituto, relacionada en la base de contratación 2018, con un total de 320 contratos realizados por el Instituto, 33 órdenes de compra derivadas de Acuerdos Marco de Precios de CCE y un (1) Acuerdo de Corresponsabilidad, evidenciando variaciones respecto de las vigencias anteriores debido al presupuesto asignado, así:

Tabla 89. Histórico Contratación Cifras en Millones de Pesos

Comparativo Contratación 31 de diciembre 2015 a 2018					
Vigencia	Concepto	No. CTOS	Porcentaje	Valor Aprox.	TOTAL
2015	Contratos INS	537	96%	21.920,6	557 Contratos
	OC Colombia Compra	20	4%	970,0	22.890,5
2016	Contratos INS	455	95%	19.371,4	480 Contratos
	OC Colombia Compra	25	5%	539,3	19.910,7
2017	Contratos INS	570	93%	22.830,8	612 Contratos
	OC Colombia Compra	42	7%	2.726,2	25.557,0*
2018	Contratos INS	320	91%	15.546,0	353 Contratos
	OC Colombia Compra	33	9%	1.217,3	16.763,3**

Fuente: Secretaría General-INS

En materia de liquidaciones y cierres durante el 2018 se logró cerrar o liquidar los siguientes contratos, dentro de una meta establecida para 2018 hasta la contratación de 2016:

Tabla 90. Histórico Contratación Cifras en Millones de Pesos

Vigencia	Contratos trámite Cierre	Liquidados y/o Cerrados				Pendiente liquidación o cierre	Total Contratos
		2016	2017	2018	Total		
2012	225	0	184	34	218	7	225
2013	6	0	0	5	5	1	6
2014	476	1	22	441	464	12	476
2015	531	18	215	229	462	69	531
2016	452	9	125	185	319	133	452
2017	570	0	0	167	167	403	570
Total	2260	28	546	1061	1635	625	2260

Fuente: Secretaría General-INS

- Actualización del Manual de Contratación a la normativa vigente, los lineamientos de Colombia Compra Eficiente y la implementación de SECOP II.
- Actualización de procedimientos y formatos de Estudios Previos para todas las modalidades de Contratación conforme a los cambios normativos presentados durante 2018 y las necesidades del proceso.
- Expedición de circulares socializando directrices en materia de contratación.
- Transferencia documental completa al archivo central de la contratación de la vigencia 2014, así mismo, se realizó la organización y depuración para la entrega efectiva de la contratación de la vigencia 2015, la cual fue revisada y aprobada por el Grupo de Gestión Documental, sólo se encuentra pendiente el transporte físico de las cajas al archivo central.
- Actualización de la base de liquidaciones con todas las vigencias que tienen trámites pendientes de cierre, logrando establecer una información real y al día sobre estos trámites.
- Implementación de toda la actividad contractual al 100% a través del Secop II, de acuerdo a los parámetros establecidos por Colombia Compra Eficiente.
- Capacitación a los servidores públicos y contratistas del INS en el manejo del SECOP II sobre ejecución contractual (supervisión), a saber:

Tabla 91. Histórico Contratación (cifras en millones de pesos)

Funcionarios y Contratistas	Total al interior del INS	Capacitados
Supervisores	92	77
Referentes	35	30
Personal de apoyo	20	20
Total	147	127

Fuente: Secretaría General - INS

Gestión Talento Humano

El Talento Humano, como eje fundamental de la gestión institucional, adelantó acciones para el mejoramiento de su proceso, destacándose avances en los siguientes aspectos:

- Disminución de hallazgos de auditoría Interna y Externa.
Se tenían 5 No Conformidades NC y 6 Observaciones, en la Auditoría Interna 2017
Se obtuvieron 4 No Conformidades NC y 1 Observación en Auditoría Interna 2018
 - Creación de la herramienta para reporte de capacitaciones con todos los soportes requeridos.
 - Se actualizaron los procedimientos del Gestión Humana.
12 documentos
36 formatos
 - Avance del 85% en la organización de historias laborales, por lo cual se logró el cierre del hallazgo del AGN.
 - Ejecución del Plan de Incentivos y Bienestar 2018 al 100%.
 - Avance en la implementación del 72% del SG-SST.

Gestión del Conocimiento

- Generación de informes periódicos de las Redes Nacionales de Donación y Trasplantes; Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión
- Presentación informes dinámicos en la página web del INS respecto a pacientes en lista de espera, trasplantes de órganos. Así mismo respecto a donación y transfusión de sangre y hemocomponentes.

Sistemas de Información

- RedData INS comunicación efectiva de los actores que conforman la Red de Donación y Trasplantes y actividad ininterrumpida de los módulos disponibles para los actores nacionales.
- SIHEVI-INS©: Desarrollo y lanzamiento del aplicativo que permite contar con la información de interés en Hemovigilancia en el país, y permite generar alertas en pro de la seguridad transfusional, mediante la integración y comunicación de todos los 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.

Retos para el INS en el 2019

Atendiendo los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social, a la luz de la preparación para la formulación del Plan Sectorial de Gestión y Desempeño, el Instituto Nacional de Salud se plantea los siguientes retos:

- Lograr el registro calificado como entidad educativa para ofrecer programas de post-grado.

- Consolidar un programa institucional de calidad que busque:
 - Acreditar los demás laboratorios
 - Obtener la verificación técnico-sanitaria en producción de medios de cultivo.
 - Obtener la certificación internacional de calidad en animales de laboratorio
 - Mantener las acreditaciones y BPM existentes.
- Reorientar el trabajo en el área de investigación para aumentar la productividad científica global, la calidad e innovación en las investigaciones y su cierre con recomendaciones de política y productos comerciales.
- Apoyar el trámite legislativo para sustanciar el proyecto de norma que reglamente:
 - Régimen de Carrera Especial para investigadores públicos.
 - Tasa o estampilla para productos del INS.
 - Institutos públicos puedan desarrollar programas de educación superior.
- Lograr unos costos de operación más eficientes que permitan obtener mayores beneficios en los gastos asociados a la administración de la Entidad.
- Fortalecer el programa de entorno laboral saludable, propendiendo por el fortalecimiento de la promoción y protección de la salud, la seguridad y el bienestar de los funcionarios.

6.5 Instituto Nacional de Cancerología-INC



A continuación, se presentan las actividades realizadas por el INC en relación con sus procesos misionales: salud pública, investigaciones, docencia y atención a pacientes, así como y los principales indicadores financieros., para el periodo julio de 2018 a mayo de 2019.

Plan Decenal de Salud Pública

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública y alineado con el Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018, el instituto continúa trabajando por el control del cáncer a través de las líneas de prevención, detección temprana, tratamiento y cuidado paliativos, enfocados en los objetivos de la atención y cuidado de pacientes, la investigación, docencia y salud pública, cumpliendo de esta forma con las metas definidas en el Plan Decenal para el Control del Cáncer que busca “posicionar el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia” y para lo cual se vienen desarrollando estrategias como las que se presentan a continuación:

Control de Riesgo

- **Infección del Virus del Papiloma Humano:** Se apoyó la organización logística del HPV Board Meeting, que reunió en Bogotá expertos mundiales en VPH en noviembre de 2018. De igual manera, se apoyó la convocatoria nacional para la realización del curso virtual en Seguridad de la Vacuna, diseñado por el INC junto con el Instituto Catalán de Oncología.

Se realizó la tamización de 64 mujeres pertenecientes a las comunidades indígenas del departamento del Amazonas, realizadas por las lideresas indígenas capacitadas en las técnicas de inspección visual VIA VILI. En marzo de 2019 el INC realizó la segunda jornada informativa por el control integral del cáncer y de sensibilización en cáncer de cuello uterino.

- **Control del consumo de tabaco:** Exhorto de apoyo al proyecto de Acuerdo 416 de 2018, por medio del cual se modifica el Acuerdo 376 de 2009, mediante el cual se establecen los lineamientos para la Política Pública Distrital para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas en Niñas, Niños y Adolescentes en Bogotá. Exhorto de apoyo a proyectos de Ley relevantes para el control del cáncer, así: PL-167/2017 Por medio del cual se regula el consumo, publicidad y comercialización de aparatos de vaporización electrónica y PL-134/2017 Por medio de la cual se establece la protección de los derechos de la salud y al ambiente sano, imponiendo restricciones a las emisiones contaminantes de fuentes móviles y se dictan otras disposiciones.

Documento técnico: Prevalencia de Consumo de Cigarrillos en Adultos Colombianos entre 18–69 Años de Edad por Debajo del 11% a Partir de la ECV 2016”. En el primer trimestre de 2019 se publicó el artículo “Diferentes Evitables en el Cumplimiento de las Medidas para el Control del Tabaco: Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú 2017”, en la Revista Colombiana de Cancerología.

Cancerígenos ocupacionales

Apadrinamiento de Proyectos de Ley (PL) en el Congreso de la República para lograr incidencia por parte del INC: PL 61/17 Senado “Ley Ana Cecilia Niño”, PL 167/17 Cámara de Representantes (regulación SEAN/SSSN); PL 134/17 Cámara de Representantes (Control de emisiones contaminantes móviles), PL 019/2017 Cámara de representantes (Control de obesidad); Concejo de Bogotá: Proyecto de Acuerdo 399 de 2018; Proyecto de Acuerdo 430 de 2018 en el Concejo de Bogotá; Proyecto de Acuerdo 416 de 2018 del Concejo de Bogotá.

Documento técnico “Prevalencia de exposición a carcinógenos ocupacionales de mayor relevancia para el país”

Promoción de la Detención Temprana

Para la vigencia de 2018 en el Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano-CPreD se realizaron 1.399 consultas distribuidas en medicina general primera vez, control de medicina general, gastroenterología, ginecología, dermatología, urología, seno y tejidos blan-

dos, mapeo de 1 y 2 lesiones; por otro lado, se realizaron 2.468 exámenes de tamización y diagnóstico temprano; se diagnosticaron 41 casos de cáncer en los pacientes atendidos en CPreD para 2018. Se suscribieron convenios con Sub Red Centro Oriente de Bogotá y Fondo Financiero Distrital (Secretaría de Salud de Bogotá).

En el primer trimestre de 2019 en el centro de Prevención y Detección Temprana se atendieron 436 consultas, 681 pruebas de tamización. Se diagnosticaron 7 casos de cánceres, 5 de los cuales se encontraron en estadios tempranos: 3 de mama, 1 de tiroides y 1 caso de cáncer de piel. Se certificaron 482 profesionales de la salud en cursos virtuales y presenciales en prevención y detección temprana.

Promoción de la integralidad del tratamiento

Informe de la red de oferta integral oncológica constituida en un ente territorial. (Estudio de suficiencia de servicios oncológicos en el Valle del Cauca)

Modelo de cuidado paliativo

Informe técnico: Entidades Promotoras de salud con programa de Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos en Colombia.

Vigilancia epidemiológica del cáncer

Publicación del anuario estadístico del 2015 y sometimiento para publicación el anuario estadístico del 2016; Boletín epidemiológico número 10 sobre vigilancia epidemiológica del cáncer temas: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama, resultados de la notificación al SIVIGILA 2016, indicadores de los certificados de defunción 2016, temas de interés: cáncer de mama. Publicación de los artículos: “Oral and oropharyngeal cancer in Colombia: an experience in a middle-income country cancer institute (2004-2013)”. Oral Oncology; Estimaciones de Incidencia y Mortalidad por Cáncer en Colombia 2007-2011. Colombia Médica; Mortalidad en Colombia, 2007-2011: calidad de la certificación. Colombia Médica; “Survival of breast and cervical cancer by stage in a middle-income country cancer institute”. Pardo C. 6 marzo 2018. Colombia Médica.

Para el I trimestre de 2019 se realizó la publicación del Boletín epidemiológico 11; temas: vigilancia epidemiológica de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, resultado de la notificación en SIVIGILA 2017; indicadores de los resultados de defunción 2017, cáncer de cuello uterino.

Investigaciones

La generación de conocimiento en el Instituto se realizada dentro de ocho líneas de investigación; se produce a través del desarrollo de proyectos de investigación institucional, independientes de la industria farmacéutica; proyectos extrainstitucionales realizados en cooperación con universidades, organizaciones nacionales e internacionales y proyectos de la industria farmacéutica.

Tabla 92. Proyectos

Proyectos	2014	2015	2016	2017	2018
Proyectos de investigación institucionales en curso	101	121	125	115	134
Proyectos nuevos de investigación institucional aprobados por CEI, por línea de investigación	15	30	31	20	38
Proyectos extrainstitucionales nuevos	7	3	9	8	16
Proyectos de investigación cerrados	15	12	40	34	15
Ponencias en eventos científicos	39	54	45	41	55

Fuente. Subdirección General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención

Se continuó con la Revista Colombiana de Cancerología; se publicaron los 4 volúmenes programados para 2018 en el portal <https://www.cancer.gov.co/content/revista-2018>.

Se obtuvo reconocimiento como Centro e Investigación al INC por un periodo de 5 años por parte de COLCIENCIAS, mediante Resolución 0515 de 2018.

Docencia-Educación Formal

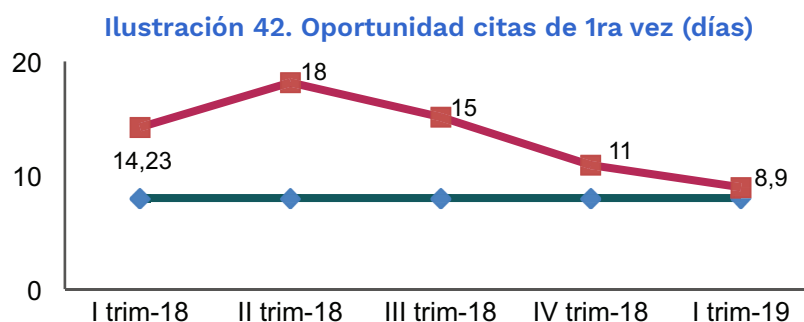
Se realizó la renovación del registro calificado de 8 programas que se encuentran en convenio con la Universidad Militar Nueva Granada.

Docencia-Educación Virtual

En auspicio del plan de educación por extensión del INC, se realizaron 48 eventos que beneficiaron a 3.063 participantes del país (88% de los eventos se realizaron en Bogotá).

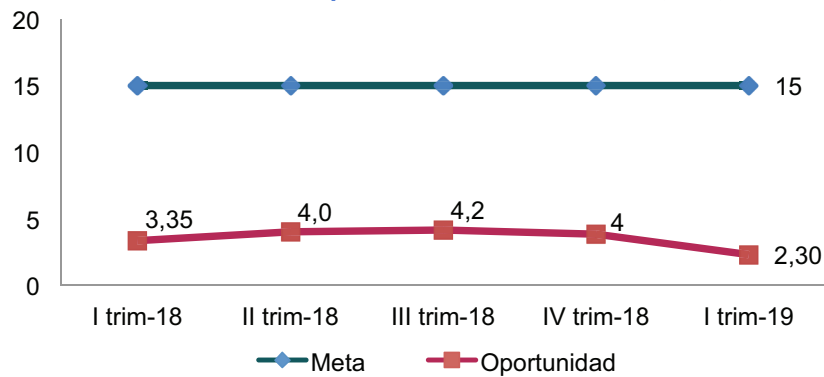
Atención a pacientes institucionales

El INC atiende a cerca de 7.000 pacientes al año (7% del total de pacientes nuevos al año en el país. Desde el 2014, el INC se implementó un nuevo modelo de atención que plantea la necesidad de una atención multidisciplinaria, soporte a los pacientes con cáncer y una adecuada gestión de la enfermedad. A continuación, se representan gráficamente, con periodicidad trimestral, los principales indicadores de oportunidad en citas de primera vez y control, e inicio de tratamiento:



Fuente: Sistema Información SIAPINC.

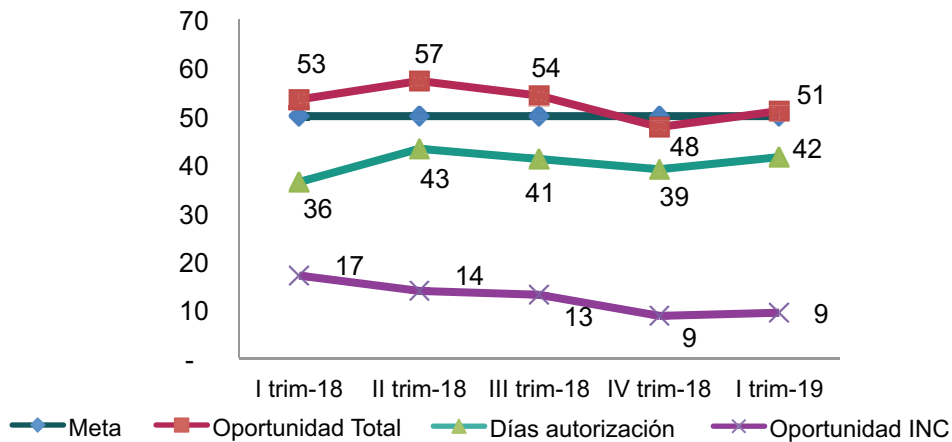
Ilustración 43. Oportunidad citas control (días)



Fuente: Sistema Información SIAPINC.

A continuación, se presenta el comportamiento del indicador de inicio de tratamiento, el cual puede ser a través de quimioterapia, radioterapia y cirugía o de forma concomitante. Cabe resaltar que este tiempo incluye el tiempo de la autorización por parte de los aseguradores que en promedio se encuentra a 42 días.

Ilustración 44. Oportunidad inicio tratamiento institucional (días)



Fuente: Sistema Información SIAPINC.

Ilustración 45. Oportunidad Inicio Quimioterapias (días)

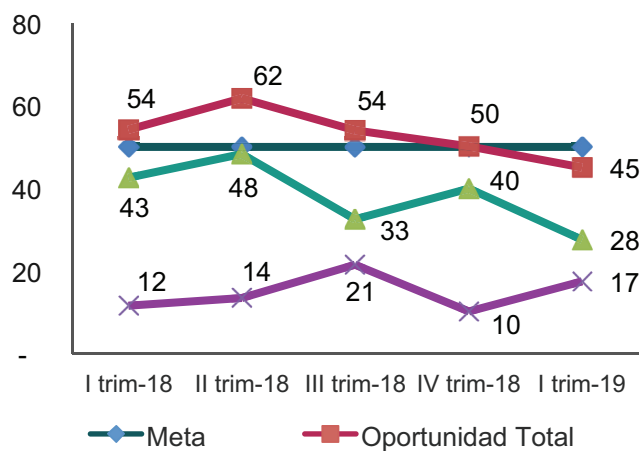


Ilustración 46. Oportunidad inicio tratamiento radioterapia (días)

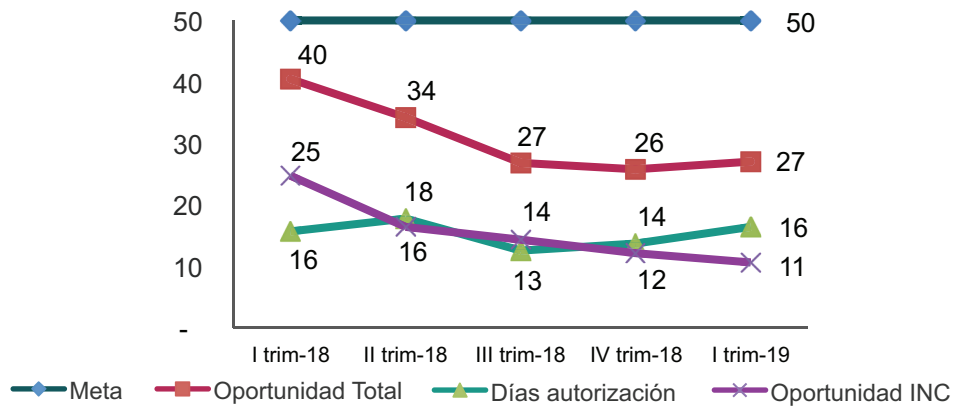
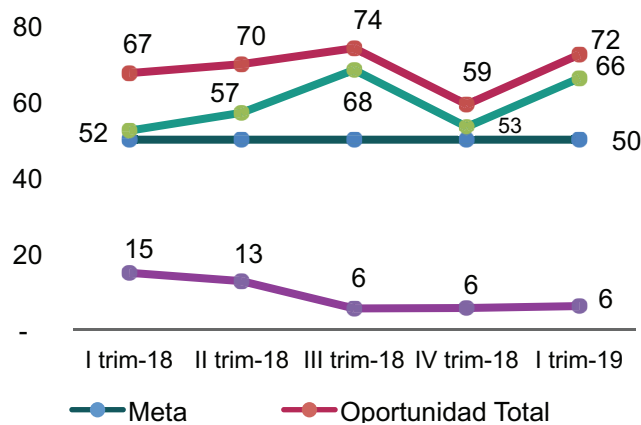


Ilustración 47. Oportunidad inicio cirugía (días)



Fuente: Sistema Información SIAPINC

Gestión Financiera



El Instituto implementó una estrategia de control y austeridad del gasto público, que conjugada con su flujo de caja ha logrado obtener superávit presupuestal y de tesorería. Las acciones de control de gasto comprenden entre otras, compras electrónicas, evaluación de las necesidades reales con base en verificación de inventarios, banco de conceptos técnicos y control del incremento en los precios. A continuación, se presentan el cumplimiento acumulado de los principales indicadores financieros:

Ilustración 48. % cumplimiento de metas de facturación

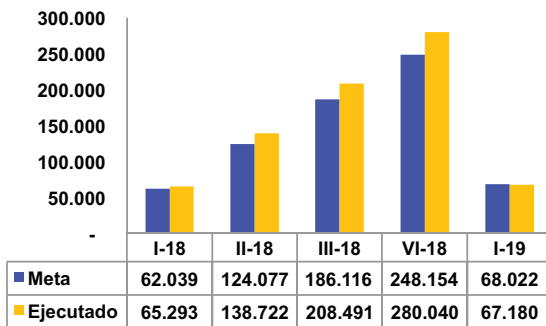


Ilustración 49. % cumplimiento de metas de facturación

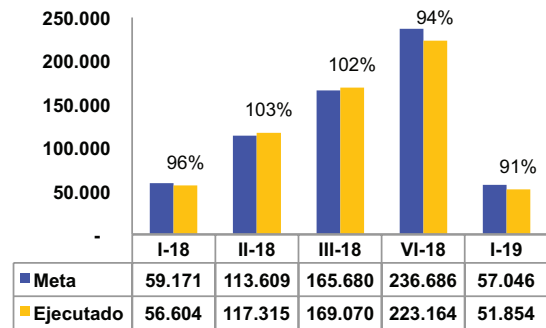


Ilustración 50. Porcentaje de ejecución presupuestal

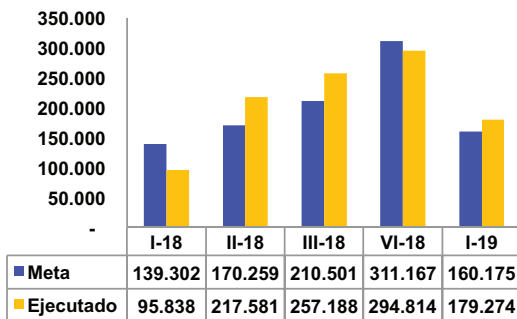
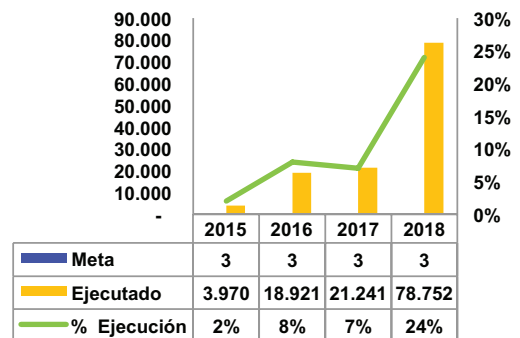


Ilustración 51. Utilidad operacional



Fuente: Sistema Información SIAPINC

Finalmente, se resalta que, en 2018, el INC recibió el Premio Nacional de Alta Gerencia por su modelo de productividad que mejora la prestación de servicios de salud a los pacientes con cáncer.

6.6 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta-CDFLLA



A continuación, se presentan los avances estratégicos del CDFLLA:

Calidad en la prestación de los servicios.

- Infraestructura y dotación en salud: Nueva tecnología de atención en salud: Fotofinder ATBM, Fotofinder Adonia, Tricograma Digital, Láser CO2, Láser DYE.

Suministro e instalación de equipos biomédicos y mobiliario hospitalario para la dotación de la sede de Chapinero (en Bogotá, D.C.)

- Sistema de garantía de la Calidad en Salud: El HUCDFLLA realizó la apertura de una nueva sede en Chapinero y servicios en cirugía, procedimientos y la modalidad de telemedicina para dermatología. El Centro se mantiene en la categoría de Institución Acreditada por 11 años consecutivos y busca la implementación de altos estándares internacionales de calidad de *Joint Commission International*.

Clínicas dermatológicas

Se creó un nuevo modelo de atención en salud basado en un estudio de investigación, resultando en la conformación de clínicas especializadas en dermatología. Se inició con la clínica de tumores como modelo y actualmente se cuenta con 8 clínicas, dando resolutivez de su patología y valor agregado en innovación tecnológica y juntas de decisiones de equipo interdisciplinario para cada junta; Tumores, Enfermedades capilares, Psoriasis y enfermedades eritrodescamativas, Acné, Dermatitis Atópica, Dermatitis de Contacto, Dermatología Estética y cosmiatría

Promoción y Prevención.

- Indicador, Población beneficiada en campañas y eventos de promoción y prevención: El HUCDFLLA 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 en el 2018 hizo el lanzamiento de dos campañas:
 - “Amo y Examinó 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 se han beneficiado más de 200.000 personas en diferentes instituciones y eventos masivos.

Adicionalmente, se llevan a cabo estrategias y actividades que se realizan a diferentes grupos poblacionales, a través de folletos, capacitaciones en instituciones, comunicación por redes sociales, indicaciones y recomendaciones en historia clínica, información en página web, programas de televisión, 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 la participación de los eventos: “II Simposio de cáncer de piel: Una mirada global al dermatólogo” con una participación de 350 personas y el “Congreso Internacional de Telemedicina “International Workshop RITMOS 2018, Salud apoyada en las TIC” con una participación de 600 personas.

Frente a las acciones con enfoque en políticas públicas, se tienen estrategias de participación en diseño, como el MIAS y PAIS, validación de las rutas de atención integral en cáncer de piel, Hansen y Leishmaniasis y las acciones de asesoría al MSPS, instituciones del orden departamental, municipal, científicas y otras organizaciones.

En lo que corresponde al I trimestre de 2019, se da continuidad al desarrollo de las campañas y estrategias propuestas en la vigencia 2018, alcanzando un impacto en 1.138 personas, con participación en eventos como: feria de SERVIMOS con la Unidad de Restitución de Tierras, charla a promotores en la Ciclovía con IDRD, Feria de servicios en Colciencias, Día en la Ciclovía y día de la familia en el Colegio Gimnasio del Norte.

- Recursos financieros destinados:

Tabla 93. Recursos destinados para actividades de PYP

Periodo	Valor	Detalle
Segundo semestre 2018	363.830.504	Incluye contratos de catering, logística y estrategias de comunicación
Primer trimestre 2019	191.161.734	Incluye contratos de catering, logística y estrategias de comunicación
Total	554.992.238	

Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – HUCDFLLA

Salud Pública

- Indicador, Seguimiento a tratamiento en los programas de Hansen y Leishmaniasis CDFLLA: Se logró obtener un 100% de seguimiento para pacientes con diagnóstico de Lepra, asociado al acompañamiento por parte del grupo de químicos 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 88,8%, que a pesar de tener un alto desempeño, este no alcanzó un 100%, debido a que parte de la población que se diagnostica en el HUCDFDLLA tienen su lugar de residencia en municipios fuera de la ciudad, sin la posibilidad de realizar todo el tratamiento en la institución.

Tabla 94. Seguimiento

Concepto	III TRIM. 2018	IV TRIM. 2018
Hansen	100%	100%
Leishmaniasis	88,8%	88,8%

Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – HUCDFLLA

Para el programa de Hansen, durante el primer trimestre de 2019, se realizó seguimiento al 100%, iniciando tratamiento en la institución. Frente al seguimiento de los pacientes con diagnóstico de leishmaniasis, se verificó el cumplimiento de los lineamientos del programa en un 91%.

Como principales logros del programa de Hansen y Leishmaniasis se tienen:

- Participación del 100% en las unidades de análisis de expertos de Hansen y comités de Secretaría Distrital de Salud para programa de Leishmaniasis.

- La institución participó en la conmemoración del “Día 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.
- La experiencia del HUCDFLLA en el manejo de estos programas, lo faculta para asesorar al MSPS frente a dichos temas.
- Recursos financieros destinados:

Tabla 95. Recursos

Facturación	Segundo semestre de 2018					
	Consulta	Cx y Proc.	Laboratorio	Patología	Fisioterapia	Farmacia
Hansen	19.504.000	3.303.900	12.712.500	4.462.000	15.959.400	18.977.750
Leishmaniasis	8.418.000	5.008.400	1.014.000	2.596.000	0	4.310.712
Total	27.922.000	8.312.300	13.726.500	7.058.000	15.959.400	23.288.462
Facturación	Primer trimestre de 2019					
	Consulta	Cx y Proc.	Laboratorio	Patología	Fisioterapia	Farmacia
Hansen	8.378.000	1.713.900	6.815.000	1.595.000	8.703.300	8.776.532
Leishmaniasis	4.218.000	3.645.800	609.500	1.488.000	0	1.441.475
Total	12.596.000	5.359.700	7.424.500	3.083.000	8.703.300	10.218.007

Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – HUCDFLLA

- 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 HUCDFLLA 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.

Tele dermatología

- Indicador, Avance en la implementación del Modelo para puesta en marcha del servicio de Tele dermatología: El HUCDFLLA desde el plan de gestión de la vigencia 2015-2018 planteó como objetivo específico Implementar la tele dermatología en la Institución, 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, proyecto que se denomina: “Tele derma, la nueva forma de hacer tele medicina”.
- Recursos financieros destinados: El proyecto fue financiado con recursos propios del HUCDFLLA y de COLCIENCIAS, a través de la Convocatoria 777 de 2017, así:

Diagnóstico estratégico: \$35.000.000

Diseño del modelo y estructuración del sistema Tecnológico: \$71.400.000

Desarrollo y programación del sistema informático: \$288.000.000

Infraestructura física y dotación: \$391.245.534

Investigación: \$415.650.964 (recursos Colciencias)

Implementación: \$ 144.715.000

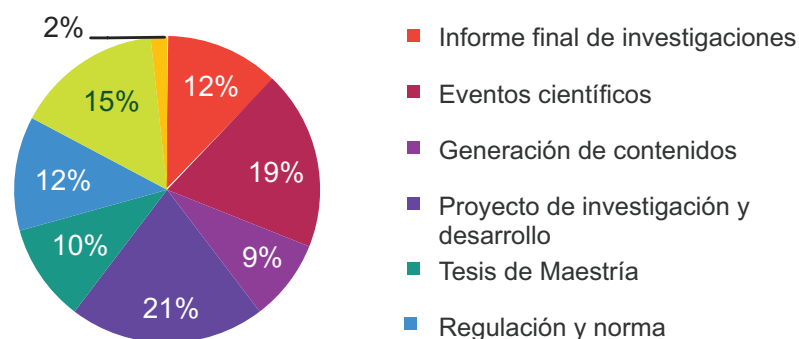
Otros: \$12.000.000

Servicio de docencia e investigación

Es de resaltar, que el HUCDFLLA fue reconocido en 2018 como Centro de Investigación por COLCIENCIAS, con dos líneas de investigación: Dermatología tropical en categoría A y Dermatología general en categoría B.

- 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, tales como la elaboración de guías de práctica clínica y de atención integral, análisis de política pública en prevención del cáncer de piel en Colombia y un estudio sobre la incidencia en cáncer de piel y los factores de riesgo poblacional.

Ilustración 52. Subtipos de resultados de Investigación generados 2008-2018



Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta-HUCDFLLA

- Presentaciones realizadas en eventos científicos, producto de proyectos de investigación y de otros trabajos científicos:

Tabla 96. Presentaciones en eventos científicos

	Total anual	Meta anual
2018-II	15	15

Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta–HUCDFLLA

- Convenios de Docencia-Servicio: La institución cuenta con 8 convenios docencia servicio activos y con cumplimiento de todos los soportes de ley. El HUCDFLLA ha participado en la formación del 22% de dermatólogos en Colombia. Convenios docencia servicio que están vigentes: Fundación Universitaria Sanitas, Universidad Nacional de Colombia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Universidad Militar Nueva Granada, Colegio Mayor de Cundinamarca, Universidad el Bosque y Universidad Javeriana.

Aspectos financieros

El HUCDFLLA tiene una autosostenibilidad del 86%, derivada de la demanda espontánea y un 14% de los aportes de la Nación. También se logró la implementación al 100% de las Normas Internacionales de Información Financiera–NIIF y el diseño e implementación del Sistema de Costos Institucional.

Retos

El HUCDFLLA en su nuevo Plan de Gestión tiene como retos:

- Aumentar la cobertura de prestación de servicio en Dermatología mediante el servicio Tele dermatología, superando las barreras de acceso geográfica y oportunidad de consulta especializada llegando a las poblaciones vulnerables de Colombia donde no existe el servicio ofrecido
- Mejorar la prestación de servicios mediante la implementación de estándares internacionales de calidad.
- Avanzar en la implementación de estándares de hospital digital y hospital inteligente.
- Avanzar en la autosostenibilidad del centro mediante la eficiencia presupuestal, contención del gasto y costos, aumentando la cobertura de servicios, tanto en la sede principal como en la nueva sede de chapinero.
- Aportar a la sociedad en conocimientos científicos en dermatología.

6.7 Sanatorio de Agua de Dios



Gestión Institucional

La gerencia y el talento humano asistencial y administrativo del Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, durante el período que abarca este informe, tenido en cuenta las características y condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, han dado cumplimiento a las obligaciones que demanda el citado sistema, orientando las acciones hacia mejores resultados en la atención en salud, centradas en el usuario.

El Plan Estratégico 2015–2018, garantiza el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SO-GCS, establecido en la parte 5, título 1, capítulos 1, 2, 3, 4, 5 del Decreto 780 de 2016⁶⁹; en especial en los treinta y cuatro (34) servicios certificados por la Secretaria Departamental de Salud de Cundinamarca y un (1) servicio habilitado, según lo consignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS.

Vale la pena mencionar que las políticas institucionales que fortalecen el enfoque y el proceso de implementación han incluido procesos de revisión, ajuste, sensibilización y adopción por parte del talento humano vinculado al Sanatorio de Agua de Dios E.S.E.

Así mismo se han desarrollado e implementado procesos de investigación y capacitación continuos sobre la enfermedad de Hansen, los cuales han tenido en cuenta las bases epidemiológicas y los antecedentes misionales de la entidad, con lo cual se fundamenta y garantiza que las acciones tienen un componente basado en la evidencia.

Finalmente se ha propendido por mantener el equilibrio financiero, a través de la eficiencia en la ejecución de los recursos.

A continuación, se detallan los aspectos a resaltar de la gestión del Sanatorio, durante el periodo del presente informe.

Sistema único de habilitación

Se ejecutó el proceso de renovación de la inscripción como prestador de servicios de salud (Empresa Social del Estado) ante el REPS acorde a lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 2003 de 2014⁷⁰.

En la actualidad los servicios inscritos en el REPS, cumplen las condiciones del sistema único de habilitación, razón por la cual han sido certificados por la autoridad competente y son:

⁶⁹ “Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud”

⁷⁰ Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Tabla 97. Habilitación

Grupo	Servicio	Modalidad	Nivel de complejidad
Internación	Hospitalización general adultos, código 101	Intramural hospitalario	Baja
	Hospitalización obstetricia, código 112	Intramural hospitalario	Baja
Consulta externa	Dermatología, código 308	Intramural ambulatorio	Media
	Endodoncia, código 311	Intramural ambulatorio	Media
	Enfermería, código 312	Intramural ambulatorio	Baja
	Ginecología, código 320	Intramural ambulatorio	Media
	Medicina general, código 328	Intramural ambulatorio domiciliario	Baja
	Medicina interna, código 329	Intramural ambulatorio	Media
	Odontología general, código 334	Intramural ambulatorio	Baja
	Ortopedia y/o traumatología, código 339	Intramural ambulatorio	Media
	Pediatría, código 342	Intramural ambulatorio	Media
	Nutrición y Dietética, 333	Intramural ambulatorio	Baja
Psicología, código 344	Intramural ambulatorio	Baja	
Urgencias	Servicio de urgencias, código 501	Intramural ambulatorio	Baja
Transporte asistencial	Transporte asistencial básico, código 601	Intramural ambulatorio	Baja
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Laboratorio clínico, código 706	Intramural ambulatorio	Media
	Radiología e imágenes diagnósticas, código 710	Intramural ambulatorio	Baja
	Toma de muestras de laboratorio clínico, código 712	Intramural ambulatorio	Baja
	Servicio farmacéutico, código 714	Intramural ambulatorio hospitalario	Baja
	Toma e interpretación de radiologías odontológicas, código 724	Intramural ambulatorio	Baja
	Fisioterapia, código 739	Intramural ambulatorio	Baja
	Tamizaje cuello uterino, código 741	Intramural ambulatorio	Baja
Protección específica y detección temprana	Protección específica atención del parto, código 907	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica atención al recién nacido, código 908	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años) código 909.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años) código 910.	Intramural ambulatorio	Baja

Grupo	Servicio	Modalidad	Nivel de complejidad
Protección específica y detección temprana	Detección temprana alteraciones del embarazo, código 911.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones en el adulto (mayor a 45 años) código 912.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana cáncer de cuello uterino, código 913.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana cáncer de seno, código 914.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones de la agudeza visual, código 915.	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica vacunación, código 916.	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica atención preventiva en salud bucal, código 917.	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica atención en planificación familiar hombres y mujeres, código 918.	Intramural ambulatorio	Baja
Procesos	Esterilización, código 950	Intramural ambulatorio	Baja

Fuente: Coordinación Asistencial área de calidad, Sanatorio de Agua de Dios
Empresa Social del Estado, 2019

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., cumple con los criterios que hacen parte de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, acorde a lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 2003 de 2014 las cuales son:

- Capacidad técnico-administrativa.
- Suficiencia patrimonial y financiera.
- Capacidad tecnológica y científica.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad–PAMEC

Se enfocó, implementó y evaluó el plan de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad–PAMEC, versión 7, con los siguientes resultados en la vigencia 2018:

Tabla 98. PAMEC

Estándar	Auditorías programadas en el PAMEC	Ítems de acciones de mejora identificados en auditoría
Proceso de atención al cliente asistencial	3	7
Direccionamiento y gerencia	3	8
Gerencia de información	10	18
Mejoramiento de la calidad	2	2
Total	18	35

Fuente: Coordinación Asistencial área de calidad, Sanatorio de Agua de Dios
Empresa social del Estado, 2019

Una vez consolidadas las evidencias, se identificó, un cumplimiento del 100%, para un total de 35 acciones de mejora atendidas.

Sistemas de Información

El Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, durante las vigencias informadas, ha reportado a: Sistema de información SIHO (Decreto 2193); Reporte al sistema de información precios de medicamentos (SISMED); Informe de registro individual de prestación de servicios (RIPS), acorde con los lineamientos normativos y las exigencias de las entidades solicitantes, acción que puede ser verificada en la página SIHO y SISPRO de los años 2018 a 2019.

Investigación

Esta línea contribuye a la generación de conocimiento, con énfasis en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de Hansen, no obstante, a que la investigación requiere de esfuerzos humanos y económicos.

- En 2018, con recursos propios se realizó búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico en menores de edad, teniendo como referencia la meta de diagnóstico oportuno y cero discapacidades graves en menores de edad. Se realizaron 1.238 valoraciones a menores de edad en las instituciones educativas del municipio de Agua de Dios, tanto urbanas como rurales. Encontrando: 581 estudiantes que corresponde al 47% de los valorados con patologías cutáneas, 8 estudiantes de ellos sintomáticos de piel y 3 diagnosticados con la enfermedad de Hansen, quienes fueron tratados y curados cumpliendo con los esquemas regulares del tratamiento (actualmente en vigilancia).
- A nivel nacional se ha presentado para revisión y aprobación la propuesta de investigación de búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico en convivientes de pacientes Hansen, teniendo como referencia las 2.854 personas que reciben subsidio por el Sanatorio de Agua de Dios, residentes en 30 departamentos y el Bogotá, Distrito Capital; trabajo necesario para contribuir a la meta dispuesta por el Plan estratégico “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen 2016–2025”.
- Para el 2019 se tiene programado la realización de una investigación con la Universidad de la Sabana para cicatrización de heridas con plasma rico en plaqueta de manera tópico.
- Con la Universidad Nacional, se revisará la base de crónicos y determinar la manera de hacer la descripción médica a las personas con el diagnóstico de la enfermedad de Hansen.

Capacitación

Por medio de esta línea, a través de contratos interadministrativos, se contribuye a la formación continuada de personal de salud de las instituciones que desarrollen el programa de transmisibles Tuberculosis y Hansen, a las comunidades, pacientes, contactos y convivientes, fortaleciendo con ello, el conocimiento y generando capacidades para el direccionamiento de los programas de Hansen y Tuberculosis.

A nivel institucional se realiza capacitación y cooperación técnica para mejorar el conocimiento y el manejo programático de las dos patologías en el programa de tuberculosis y Hansen, y así lograr las metas establecidas por los Planes estratégicos “Fin de la Tuberculosis” y “Compromiso de todos, hacia un país libre de la Enfermedad de Hansen”.

En lo corrido del 2019 se ha realizado:

- 185 asistencias técnicas a IPS, coordinadores PIC y EAPB, realizadas por profesionales vinculados al Sanatorio, en 67 municipios del Departamento de Cundinamarca, según Contrato 099-2019, suscrito con la Secretaria de Salud de Cundinamarca.
- 4 jornadas de capacitación, con asistencia de 193 profesionales del área de la salud de las diferentes provincias del Departamento de Cundinamarca.

Programa y Ejecución Presupuestal

La programación presupuestal de cada vigencia fiscal se efectúa acorde con los lineamientos fijados cada año a través de circular externa emitida por la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (DGPPN-MH-CP) y la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del Departamento Nacional de Planeación (DIFP-DNP).

La ejecución presupuestal de ingresos durante las vigencias fiscales de 2018 y 2019, con corte al 30 de abril, es la siguiente:

Tabla 99. Ejecución presupuestal de ingresos

CONCEPTOS	2018			2019 Abril			VARIACIÓN	
	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. Definitivo	
							Absoluta	Relativa
Disponibilidad Inicial	268,1	322,4	120,2%	372,7	359,6	96,5%	104,6	39,0%
Venta de servicios a usuario final	70,0	82,0	117,2%	85,0	31,7	37,2%	15,0	21,4%
Venta de servicios a otras empresas	3.280,0	3.552,9	108,3%	4.000,0	1.328,6	33,2%	720,0	22,0%
Otros ingresos de explotación	1.559,3	886,7	56,9%	1.644,8	248,0	15,1%	85,5	5,5%
Aportes	39.515,7	38.983,6	98,7%	38.801,3	12.322,4	31,8%	-714,4	-1,8%
Otros ingresos corrientes	,0	11,0		,0	,0		,0	
Ingresos de capital	23,0	102,3	444,8%	30,0	7,1	23,5%	7,0	30,4%
TOTAL	44.716,2	43.940,8	98,3%	44.933,9	14.297,2	31,8%	217,7	0,5%

Fuente: Gestión Financiera, Sanatorio de Agua de Dios empresa social del Estado, 2019

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 86,4% y los recursos propios 13,6%.

Los recaudos por concepto de aportes de la Nación y de recursos propios se han venido manteniendo estables, en el 2018; su nivel de ejecución fue del 98,7% y 95,3% respectivamente, lo cual ha permitido el cabal cumplimiento de la totalidad de los compromisos adquiridos por la entidad. En general la programación y ejecución del presupuesto de ingresos se desarrollan acorde a las perspectivas de la entidad.

La variación de la apropiación presupuestal inicial de 2019, respecto del presupuesto definitivo de 2018, es del 0,5%, equivalente a \$217,7 millones. El nivel de recaudo con corte a 30 de abril de 2019, es del 31,8% el cual es apropiado, frente a un recaudo esperado del 33,3%. La ejecución presupuestal de gastos durante las vigencias fiscales de 2018 y 2019, con corte al 30 de abril, es la siguiente:

Tabla 100. Ejecución presupuestal de gastos

CONCEPTO	2018			2019 Abril			VARIACIÓN	
	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. Definitivo	
							Absoluta	Relativa
Disponibilidad inicial	268,1	322,4	120,2%	372,7	359,6	96,5%	104,6	39,0%
Venta de servicios a usuario final	70,0	82,0	117,2%	85,0	31,7	37,2%	15,0	21,4%
Venta de servicios a otras empresas	3.280,0	3.552,9	108,3%	4.000,0	1.328,6	33,2%	720,0	22,0%
Otros ingresos de explotación	1.559,3	886,7	56,9%	1.644,8	248,0	15,1%	85,5	5,5%
Aportes	39.515,7	38.983,6	98,7%	38.801,3	12.322,4	31,8%	-714,4	-1,8%
Otros ingresos corrientes	,0	11,0		,0	,0		,0	
Ingresos de capital	23,0	102,3	444,8%	30,0	7,1	23,5%	7,0	30,4%
Total	44.716,2	43.940,8	98,3%	44.933,9	14.297,2	31,8%	217,7	0,5%

Fuente: Gestión Financiera, Sanatorio de Agua de Dios empresa social del Estado, 2019

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 86,4% y los recursos propios 13,6%. Los recaudos por concepto de aportes de la Nación y de recursos propios se han venido manteniendo estables; en el 2018 su nivel de ejecución fue del 98,7% y 95,3% respectivamente, lo cual ha permitido el cabal cumplimiento de la totalidad de los compromisos adquiridos por la entidad.

En general la programación y ejecución del presupuesto de ingresos se desarrollan acorde a las perspectivas de la entidad. La variación de la apropiación presupuestal inicial de 2019, respecto del presupuesto definitivo de 2018 es del 0,5%, equivalente a \$217,7 millones. El nivel de recaudo con corte a 30 de abril de 2019 es del 31,8% el cual es apropiado, frente a un recaudo esperado del 33,3%.

La ejecución presupuestal de gastos durante las vigencias fiscales de 2018 y 2019, con corte al 30 de abril, es la siguiente:

Tabla 101. Ejecución presupuestal

CONCEPTO	2018			2019 Abril			VARIACIÓN	
	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. Definitivo	
							Absoluta	Relativa
Gastos de Personal	10.191,7	10.089,9	99,0%	10.598,3	3.304,0	31,2%	406,6	4,0%
Gastos Generales	2.446,8	2.139,4	87,4%	2.715,9	1.126,9	41,5%	269,2	11,0%
Transferencias Corrientes	27.433,5	27.216,8	99,2%	27.239,2	9.423,2	34,6%	-194,3	-0,7%
Operación comercial	1.802,9	1.521,3	84,4%	1.725,2	517,6	30,0%	-77,6	-4,3%
Inversión	1.936,9	1.911,1	98,7%	1.936,0	517,8	26,7%	-,9	0,0%
Cuentas por pagar y reservas	904,4	872,8	96,5%	202,3	154,1	76,2%	-702,1	-77,6%
Disponibilidad Final	,0	,0		516,8	,0		516,8	
Total	44.716,2	43.751,4	97,8%	44.933,9	15.043,7	33,5%	217,7	0,5%

Fuente: Gestión Financiera, Sanatorio de Agua de Dios empresa social del Estado, 2019

El nivel de ejecución del presupuesto de gastos, en el 2018, se ubicó en el 97,8%, lo que permite establecer que se efectúa una adecuada programación presupuestal, de acuerdo con las necesidades reales de la entidad, aplicando políticas de racionalización del gasto.

El crecimiento en las apropiaciones iniciales para la vigencia 2019, respecto de las apropiaciones definitivas de 2018, fue del 0,5%, equivalente a \$217,7 millones. La ejecución del presupuesto de gastos a nivel de compromisos, con corte a 30 de abril de 2018, es del 33,5%.

6.8 Sanatorio de Contratación



En cumplimiento de su misión y objeto social, el Sanatorio de Contratación ESE, durante el periodo 2018-2019 prestó servicios de salud de baja complejidad a los enfermos de lepra y también a la población en general del municipio de Contratación (Santander).

Programa Hansen (Lepra)

Durante la vigencia 2018, la entidad suscribió convenios con la Secretaría de Salud de Santander y de Boyacá para realizar búsqueda, visita de asistencia técnica y valoración a convivientes de las personas afectadas por la enfermedad de Hansen, diagnosticados en los últimos 10 años; estando a cargo del Programa Hansen, el manejo de la logística, consolidación y presentación de informes de los convenios suscritos. Se gestionó ante el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta la realización de una jornada de capacitación científica dictada por el Dermatólogo Michael Faizal Geage, con temas como: generalidades de Hansen, compromisos neurológicos y reacciones lepróticas. Se realizaron salidas ecológicas tanto con pacientes que se pueden movilizar por sus propios medios, así como con los que utilizan sillas de ruedas.

Se coordinó 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. Se gestionó por parte del programa ante la Asociación Alemana la entrega de material para la elaboración de calzado, ayudas técnicas y otros elementos para la rehabilitación de los pacientes.

En la vigencia 2018, fueron adjudicados 10 subsidios y en 2019 a la fecha del presente informe van asignados 22 subsidios. 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, análisis de la información recolectada y las recomendaciones para optimizar la operatividad de los Programas de Hansen a nivel territorial y asistencia técnica a los diferentes referentes de las entidades territoriales, departamentales y distritales 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.

En el marco de la atención integral de la enfermedad de Hansen, durante las vigencias 2018 y 2019, se ha venido prestando el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a sesenta y ocho (68) enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad, a través de los albergues María Mazzarello para mujeres y San Juan Bosco para hombres.

Durante las vigencias 2018-2019, la entidad giró en promedio mensual 964 subsidios a enfermos de lepra, el cual es equivalente a 1 Salario Mínimo Mensual Legal Vigente, realizando pagos por valor de:

Tabla 102. Subsidios

Vigencia	Valor pagado subsidios enfermos de lepra	Total subsidios pagados por vigencia
2018	9.024.438.840	11.552
2019	3.749.460.813	4.527

Fuente: Informe de Hospitales <https://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/work.aspx>,
corte 31 de marzo de 2019

Prestación de servicios de salud de primer nivel

En el periodo 2018-2019, 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 103. Prestación de servicios

Variable	2018	2019	Total
Dosis de biológico aplicadas	1.576	267	1.843
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	280	58	338
Otros controles de enfermería de PyP	1.097	485	1.582
Citologías cervicovaginales tomadas	434	290	724
Consultas de medicina general electivas realizadas	8.859	2.831	11.690
Consultas de medicina general urgentes realizadas	1.600	444	2.044
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	414	0	414
Total de consultas de odontología realizadas	408	236	644
Número de sesiones de odontología realizadas	4.024	703	4.727
Total de tratamientos terminados	2394	562	2.956
Sellantes aplicados	304	72	376
Superficies obturadas	1.513	632	2.145
Exodoncias	373	71	444
Partos vaginales	4	1	5
Total de egresos	110	75	185
...Egresos obstétricos	4	1	5
...Egresos no quirúrgicos	106	74	180
Pacientes en Observación	199	43	242
Total de días estancia de los egresos	444	75	519
...Días estancia de los egresos obstétricos	6	1	7
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos	438	74	512
Total de días cama ocupados	464	74	538
Total de días cama disponibles	8.862	1.980	10.842
Exámenes de laboratorio	13.968	4.732	18.700
Número de imágenes diagnósticas tomadas	1091	278	1.369
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	103	30	133
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	2.460	1.199	3.659

Fuente: Informe de Hospitales <https://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/work.aspx>,
corte 31 de marzo de 2019

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 anual de una audiencia pública de rendición de cuentas, las cuales se llevaron a cabo, una en 2018 y en el 2019, el 14 de mayo. Además, ha mantenido la satisfacción de los usuarios en el 98,4% en promedio.

Gestión del Talento humano

Durante el periodo 2018-2019, se han llevado a cabo eventos de capacitación, a los funcionarios de la entidad, en los siguientes temas.

- Organización documental de archivos
- Seguridad informática
- Plan hospitalario
- Salud mental en los pacientes con lepra, RBC
- Protocolos de enfermería
- Contratos con EPS – trabajo en equipo – humanización en salud – atención al cliente
- Protocolo de limpieza y desinfección de hospitalización
- Retroalimentación de normas de bioseguridad
- Seguridad del paciente, eventos adversos
- Talle manejo de elementos cortopunzantes, uso de elementos de protección personal y riesgo biológico
- Elaboración inventario documental – archivo de gestión
- Manejo de historias clínicas, programas, glosas PyP
- Protocolo salud pública
- Riesgo psicosocial
- Protocolo violencia intrafamiliar
- Soporte vital básico
- Manejo de equipos biomédicos
- Preparación de alimentos (dietas)
- Código rojo
- Eventos adversos en pacientes albergados
- Tablas de retención y organización documental
- Manejo de equipos biomédicos, protocolo dengue, tuberculosis, diabetes
- Servicio al cliente – derechos y deberes de los usuarios
- Cultura organizacional – medición clima laboral – motivación personal
- Herramientas ofimáticas

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):** 2,09 días con un máximo aceptable Circular Única de la Superintendencia de Salud de 5 días.
- **Oportunidad en la consulta de odontología (Días calendario):** 1,27 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):** 25,71 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
- **Oportunidad en la toma de muestras de laboratorio clínico (días):** 1 día
- **Tasa de infecciones intrahospitalarias y 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 plan-teadas.

Gestión Financiera

A nivel presupuestal la entidad alcanzó en el periodo 2018-2019 los siguientes porcentajes de ejecución:

Tabla 104. Ingresos

Vigencia	% ejecución presupuestal
2018	97,14%
2019 ^P	39,51%

Fuente: Ejecuciones presupuestales del Sanatorio de Contratación vigencias 2018 y 2019

Tabla 105. Gastos

Vigencia	% ejecución presupuestal
2018	95,55%
2019 ^P	36,06%

Fuente: Ejecuciones presupuestales del Sanatorio de Contratación vigencias 2018 y 2019

6.9 Fondo de Previsión Social del Congreso de la Republica-FONPRECON



Sistema de Gestión de Calidad

Entre abril y mayo de 2019, se realizaron las auditorías, interna y de certificación del sistema de calidad, ésta última por parte del ICONTEC, cuyos resultados condujeron a que el ente certificador manifestara que FONPRECON cumple los requisitos previstos en la norma ISO 9001:2015, sin que se hubieren presentado No Conformidades producto de la auditoría realizada.

El mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, durante el período informado, permitió:

- La actualización de la estructura documental, mediante la revisión de 106 documentos entre los cuales se encuentran procedimientos, manuales, mapas de riesgos, formatos y caracterizaciones de los procesos con que cuenta la entidad.
- Factor fundamental representó el análisis del contexto y la comprensión de la organización, identificando los factores internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas) a través de la matriz DOFA, determinación de las partes interesadas, riesgos y oportunidades.
- Identificación de comunicaciones internas y externas, inclusión de los controles registrados en las caracterizaciones de los procesos.
- En la gestión del cambio, se formularon y ejecutaron planes de trabajo con el fin de actualizar la página web y el desarrollo de los aplicativos de liquidación de nómina de planta, recaudo de cartera, historia laboral, así como la ejecución del proyecto de inversión con recursos propios para la adquisición del mobiliario de todas las estaciones de trabajo del Fondo.

Gestión del Riesgo 2018–2019

El manejo del riesgo en FONPRECON atiende los sistemas de administración de Riesgo Operativo SARO y el Sistema de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-SARLAFT.

Respecto del primer sistema, FONPRECON lleva a cabo actividades tendientes a la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos de todos los procesos de la Entidad y minimizar pérdidas por materialización de los riesgos; éstos se identifican por proceso en la siguiente y tabla:

Tabla 106. Número de riesgos de gestión por proceso

Proceso	Riesgos 2018	Riesgos 2019
Reconocimiento de Prestaciones Económicas	4	5
Gestión Jurídica	8	8
Gestión Administrativa y Financiera	10	10
Gestión Tecnológica	5	5
Direccionamiento Estratégico Institucional	1	1
Gestión de Bienes y Servicios	3	3
Control Interno a la Gestión	3	3
Gestión Talento Humano	4	4
Afiliación, Aportes e Historia Laboral	7	7
Pago de Prestaciones Económicas	4	4
Atención al Usuario y al Ciudadano	6	6
Gestión de la Calidad	4	4
Total riesgos	59	60

Fuente: Mapas de riesgos 2019-URO

En el anterior cuadro se observan las modificaciones realizadas en los mapas de riesgos por procesos como consecuencia de la revisión y actualización permanente que se realiza por parte de los líderes de los procesos y la Unidad de Riesgo Operativo-URO.

En 2019 se continúa con la metodología del DAFP, para la calificación de los riesgos, en ella se establece ubicación de éstos en las zonas de riesgo definidas así: Zona de riesgo extrema, alta, moderada y baja.

Riesgo Inherente

Se define como aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones para modificar su probabilidad o impacto.

Tabla 107. Perfil del riesgo inherente

Zona de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Baja	19	32
Moderada	16	27
Alta	22	36
Extrema	3	5
Total	60	100

Fuente: Unidad de Riesgo Operativo FONPRECON

Complementariamente, el Fondo diseñó e implementó un sistema informático para el registro y control de los riesgos de la Entidad, instalado en cada uno de los equipos de los servidores de la Entidad.

Sistema de Gestión Ambiental

FONPRECON cuenta con el certificado de participación y aprobación del Nivel III denominado Sistema de Gestión de Ambiental ISO 14001 del programa de la Secretaría Distrital de Ambiente otorgado para las vigencias 2017-2018.

En este nivel de participación se destacan los siguientes logros:

- Entrega a Entidades Gestoras Ambientales autorizadas los residuos electrónicos de FONPRECON como son computadores, impresoras, luminarias, tarjetas de red, hornos microondas, lavadora secadora, cartuchos y tóner de impresoras, para su disposición final.
- Manejo de residuos aprovechables reciclables como papel para entrega a recicladores autorizados por la Secretaría del Medio Ambiente.
- Indicadores de manejo de recursos no renovables como agua y energía.
- Medición de los residuos RAEE y residuos aprovechables.
- Certificados de disposición final para aceites usados de los vehículos en lugares autorizados por la Secretaría del Medio Ambiente.
- Actualización del Plan Integral de Residuos Peligrosos.
- Capacitación en residuos tecnológicos RAEE para todo el personal.
- Visita de control al cumplimiento normativo ambiental por parte de la Secretaría Distrital de Ambiente, el 17 de octubre de 2018.

Sistema de Gestión del Conocimiento

El modelo de Gestión implementado con éxito en la entidad en el proceso de Gestión Jurídica, respecto de la Defensa Judicial, le asiste la perspectiva de trabajar en los siguientes ejes de apropiación del conocimiento:

- Creación de conocimiento que surge de las buenas prácticas en el desarrollo de los procesos misionales y de apoyo a la gestión.
- Intercambio del conocimiento adquirido y los saberes individuales con el colectivo institucional.
- Aplicación práctica del conocimiento
- Identificación y documentación del conocimiento

La implementación del Modelo de Gestión del Conocimiento orientada al estudio de casos de vital relevancia para la entidad en lo relacionado con la defensa judicial produjo cuatro boletines indexados y registrados en la Biblioteca Nacional, que hacen las veces de registro documental en el proceso de administrar los conocimientos de la entidad.

Fenecimiento de la Cuenta Fiscal por parte de la Contraloría General de la República

Como resultado de la auditoría practicada por la CGR al Fondo del Congreso, correspondiente a la vigencia 2017 última auditada, el ente controlador presentó el informe final en mayo 31 de 2018, con el cual se fenece la cuenta, al expresar en el numeral 2.3 lo siguiente:

Tabla 108. Fenecimiento de la cuenta fiscal FONPRECON

Opinión contable	Opinión presupuestal
SIN SALVEDADES	RAZONABLE
<i>Resultado: Fenece</i>	

Fuente: Unidad de Riesgo Operativo FONPRECON

Con fundamento en la opinión contable y presupuestal presentada, la CGR fenece la cuenta fiscal de FONPRECON por la vigencia fiscal 2017.

Gestión presupuestal

El presupuesto aprobado para FONPRECON en 2018, ascendió a \$ 297.369.069.762 y al cierre de esa vigencia, la ejecución de gastos alcanzó el 95,3%, según se detalla por rubro en el siguiente cuadro, expresado en millones de pesos:

Tabla 109. Ejecución presupuestal a 31/12/2018

Descripción	Apropiación definitiva	Ejecución	%
Gastos de Personal	5.443	5.301	97,4
Gastos Generales	991	918	92,6
Transferencias	284.567	270.964	95,2
Inversión	300	294	98,0
Total Pensiones	291.301	277.477	95,3
Cesantías	6.068	5.960	98,2
Total	297.369	283.437	95,3

Fuente: Unidad de Riesgo Operativo FONPRECON

Por su parte, en 2019 la apropiación inicial, ascendió a \$289.127.908.867, es decir, 2,8% menos que el año anterior y al cierre de mayo, la ejecución presupuestal alcanzó el 38,8%, resultado que se ajusta a las previsiones realizadas, dado el avance de la vigencia.

Siguiendo la misma presentación del año anterior, las cifras de ejecución, por rubro general, se identifican así, (también expresadas en millones de pesos):

Tabla 110z. Ejecución presupuestal a 31/12/2018

Descripción	Apropiación definitiva	Ejecución	%
Gastos de Personal	3.430	1.310	38,2
Gastos Generales	2.749	2.116	76,9
Transferencias	278.462	106.329	38,2
Inversión	400	0	0,0
TOTAL PENSIONES	285.042	109.755	38,5
Cesantías	4.087	2.456	60,1
Total	289.128	112.211	38,8

Fuente: Unidad de Riesgo Operativo FONPRECON

Gestión de cartera 2018

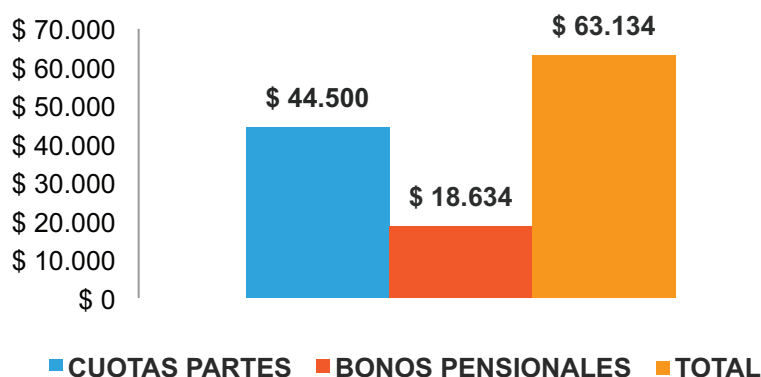
La cartera del Fondo corresponde a las acreencias por concepto de cuotas partes pensionales y por cuotas partes de bonos pensionales, originadas en el pago de mesadas canceladas por la Entidad.

El cobro de esta cartera tiene dos instancias, a saber: El cobro persuasivo, el cual inicia con la remisión mensual de una cuenta a las entidades concurrentes por cada pensionado; y el cobro coactivo, el cual se inicia una vez agotadas las gestiones administrativas correspondientes, sin que esos pagos se hayan producido.

La cartera de cuotas partes pensionales se cobró mensualmente a través de cuentas de cobro por correo físico. A diciembre de 2018 se remitieron 1.280 cuentas a 230 entidades deudoras, por valor promedio facturado mensual de \$3.100 millones.

A continuación, se muestra el recaudo de la cartera al cierre de 2018. Por concepto, es decir, cuotas partes y bonos pensionales, el recaudo se identifica en la siguiente ilustración:

Ilustración 53. Recaudo de Cartera 2018



Fuente: Grupo de Cartera

Como se observa en la ilustración anterior en 2018 se recaudaron \$63.134 millones, cumpliéndose con el 97% de la meta establecida para la citada vigencia, lo que denota una reducción del recaudo de cuotas partes pensionales en comparación con el año anterior, en razón a que, en 2018, se redujeron los recaudos por proceso coactivo, dada la entrada en vigencia del artículo 357 de la Ley 1819 de 2016 y la Resolución 4018 de 2017, que condicionaron la apertura de los procesos coactivos, previo agotamiento del 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.

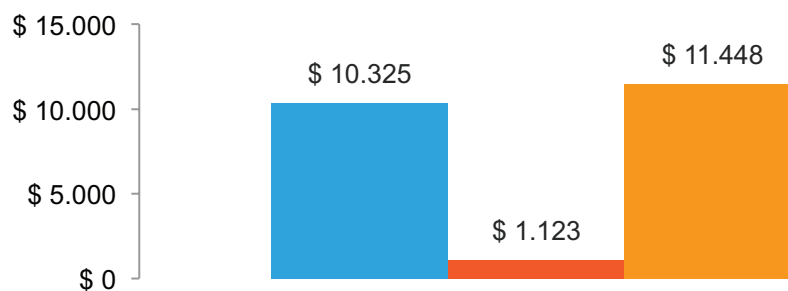
El recaudo de cartera por bonos pensionales en 2018 aumentó en 41% respecto de 2017, incremento que obedece al envío de los bonos por parte de la entidad, para que se realice la gestión de cobro y el trámite realizado respecto del procedimiento para el desembolso con recursos FONPET, lo que ha motivado a las entidades a reconocer los cupones y pagar por este medio.

FONPRECON, en la vigencia de 2018, efectuó invitaciones y llevó a cabo 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 la entrega del desembolso de recursos de seis (6) entidades por valor total de \$5.720 millones.

El proceso anterior ha presentado inconvenientes y demoras por las diferencias que presentan las liquidaciones generadas por el aplicativo de PASIVOCOL, por cuanto éste 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.

Es preciso tener en cuenta que el procedimiento para el pago de las deudas con recursos FONPET generó un impacto en las entidades deudoras en razón al desconocimiento del manejo del sistema liquidador de la deuda-PASIVOCOL, por lo que se considera que la vigencia de 2018 fue el periodo mediante el cual las entidades recibieron instrucciones por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y retroalimentación por parte de FONPRECON para concretar la suscripción de los acuerdos de pago y posterior desembolso de los recursos, razón por la cual solo hasta el último trimestre de la vigencia ingresó recursos por este medio. A continuación, se informa el valor de los recaudos en 2019 con corte a 31 de mayo:

Ilustración 54. Recaudos vigencia 2019 a 31-05-2019



Fuente: Grupo de Cartera

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, en 2019, continúa adelantando los procesos de cobro de la cartera, enviando la facturación mensual de las cuotas partes causadas, boletín de deudores morosos, estado de cuenta total mensualmente, reuniones a través de mesas de trabajo para conciliar y depurar la deuda que registra cada entidad, acompañamiento a las entidades en los procesos de liquidación de la deuda en el aplicativo PASIVOCOL para suscribir acuerdos de pago con recursos FONPET, proceso que, por dispendioso, ha afectado considerablemente el recaudo en 2019.

6.10 Fondo de Pasivo Social (F.P.S) de Ferrocarriles Nacionales de Colombia-FONFERROCARRILES



Visión de largo plazo

Se contrató la elaboración del modelo de atención del Fondo de Pasivo Social incluyendo las necesidades puntuales de la población asegurada y cumpliendo con las convenciones colectivas; como resultado se obtuvo la construcción del modelo de atención de la entidad y participación de los veedores y asociaciones de usuarios en la misma; de igual manera se realizó la socialización del modelo de atención integral de salud.

Como reto se tiene la puesta en marcha del nuevo modelo de atención del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles, enfocando el modelo de atención a estándares actuales y a la pirámide poblacional decreciente de la Entidad.

Alcanzar Altos Estándares de Calidad

Se estructuró el seguimiento pormenorizado a las PQR, bajando los tiempos de respuesta y Gestión de Cobro FPS-FNC-ISS Decreto 553 de 2015.

Para dar cumplimiento de manera adecuada y eficiente a las funciones delegadas a través del Decreto 0553 de 2015, el cual le otorga al FPS la competencia para garantizar la continuidad de los procesos de cobro coactivo, la administración de las cuotas partes pensionales del Instituto de Seguros Sociales-ISS y los demás procesos que venía adelantando dicha entidad y para darle cumplimiento a las acciones trazadas en el plan de mejoramiento suscrito ante la Contraloría General de la República-CGR para subsanar los hallazgos declarados en auditoría realizada durante el primer semestre de 2018 a la gestión de la entidad de las vigencias 2016-2017.

Durante la vigencia 2018 a la fecha, se han realizado entre otras las siguientes acciones:

- Se realizó un diagnóstico real del proceso de gestión de cobro en el FPS.FNC.
- Considerando que dentro de las disposiciones contenidas en el Decreto 553 de 2015, se partía de la entrega de información por parte del PARISS, actividad que se venía realizando desde hace más de tres (3) años, el FPS.FNC, con la

nueva dirección, adelantó las acciones necesarias para cerrar el proceso de entrega, el cual se culminó con el desarrollo las mesas de trabajo.

- Se diseñó y adoptó el manual que contiene los lineamientos, políticas y procedimientos del proceso de Gestión de Cobro Persuasivo y de Cobro por Jurisdicción Coactiva.
- Se crearon bases de datos que contienen información sobre la cartera real entregada por el Extinto ISS y se han venido aplicando contablemente con los debidos soportes.
- En la depuración de la información recibida por Acta del PARISS, se procedió a realizar la facturación de periodos que nunca habían sido cobrados por la entidad, con corte a 31 de diciembre de 2018, al igual del ajuste de algunas cuentas de cobro que se les realizó notas débitos y crédito respectivamente.
- En la actualidad el GIT de Gestión de Cobro Persuasivo también se encuentra en la tarea del levantamiento de los expedientes de toda la cartera que está pendiente de pago y que es objeto de la realización del Cobro Coactivo, así como también la elaboración de los procedimientos y la conciliación contable con la etapa coactiva de los procesos de cuotas partes pensionales del FPS.

Resultados:

- Fortalecimiento de los indicadores del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad-PAMEC.
- En desarrollo de la actividad de gestión de cobro: Elaboración de bases de datos confiables; organización y georreferenciación de la información física correspondiente al proceso de gestión de cobro; estructuración, creación y articulación de los procesos de cartera, gestión de cobro persuasivo y gestión de cobro de jurisdicción coactiva; sistematización y automatización de la información, a través de la adquisición del software de gestión de cobro; facturación mensual automática y normalización en la facturación de periodos vencidos y coordinación y conciliación entre el proceso de gestión de cobro y el área financiera.
- Se ha venido aplicando y actualizando el autodiagnóstico propuesto por el Manual Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, a cada una de las 17 políticas que conllevan a la implementación de las 7 dimensiones del MIPG y, a abril 30 de 2019, se obtuvo un resultado acumulado de implementación del 79%.

Como retos para 2019 se tiene previsto la implementación de las redes integrales de salud RIPSS, para la prestación de servicios, de acuerdo a los estándares y a las necesidades de la población en las diferentes regiones, como son:

- Instalar, implementar y poner en funcionamiento la herramienta tecnológica licenciada para cobro persuasivo y cobro coactivo, la cual permita realizar liquidaciones y facturación de cuentas por pagar y por cobrar; actualmente el aplicativo se encuentra en proceso de prueba y cargue de la información.

- Consolidar las políticas institucionales: ELEGIMOS EL CAMBIO PARA SERVIR– Humanización del Servicio, LOS MEJORES POR COLOMBIA–Excelencia en talento humano y SINAPSIS FPS–FNC–Gestión del Conocimiento.
- Dar inicio al fortalecimiento y modernización de la Entidad: implementar las Políticas de Desarrollo Administrativo (Sistemas de Gestión: Documental, Seguridad de Salud en el Trabajo, Seguridad de la información y Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG-) y Modernización de la estructura administrativa y de planta de la entidad – Rediseño institucional-.
- Implementar al 95% el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG-, junto con los atributos de calidad, lo cual permita la transición de la implementación de la norma técnica ISO -9001-2008 a ISO-9001-2015.
- Certificación en la norma técnica ISO-9001-2015.

Prioridades e intervenciones en Salud Pública

Inclusión en el modelo de atención del Fondo de Pasivo Social el programa de salud mental; establecimiento de la línea de base de pacientes con discapacidad

Como resultado se realizó la visibilización de la población con enfermedades de salud mental en la tercera edad dentro de nuestros programas de salud y la georreferenciación de los pacientes con discapacidad e identificación de la discapacidad.

Como retos se debe realizar la Identificación de pacientes con patologías de salud mental y su articulación en el programa de la entidad con los Entes Territoriales y la articulación del Fondo de Pasivo Social con los entes territoriales en los planes de intervención colectiva PIC para pacientes con discapacidad y levantamiento total de la base de datos de usuarios con alguna discapacidad y su respectiva evaluación.

Talento Humano en Salud

Implementación de mesas de trabajo (líderes) para el proceso de habilitación del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles y diseño e implementación de un programa de capacitación tanto al equipo asistencial como administrativo de la entidad y de las IPS que atiende a los pacientes

Como resultado se efectuó la socialización con los actores (internos- Externos) involucrados en el proceso de habilitación según los requerimientos del Decreto 682 y la Resolución 2515 del Ministerio de Salud y Circular 008 de la Supersalud. Igualmente se realizó un Diplomado para gestores de riesgo sobre enfermedades no transmisibles componente cardiovascular y Enfermedad renal crónica. Capacitación, formación y entrenamiento multiplicadores de buenas prácticas en salud.

Como retos para 2019 se prevé la realización del proceso de habilitación de la entidad frente a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los estándares establecidos por la normatividad vigente y el mejoramiento de los indicadores de calidad en el seguimiento de la cohorte de pacientes con enfermedad renal crónica.

Eficiencia en el gasto

Realización del estudio actuarial del plan de atención complementario PAC, para identificar las principales patologías que sufren la población afiliada y su costo dentro de la UPC. Como resultado se efectuó la identificación de las principales patologías que sufre la población asegurada, según los reportes de los RIPS, Suficiencia de UPC que se generan a partir de la atención de los pacientes y su medicación.

Como reto se tiene previsto articular al Fondo de Pasivo Social y los operadores en el sistema de gestión del riesgo para el año 2019, logrando la disminución de la progresión de enfermedades no transmisibles ya que el 64% de la población tiene sus patologías de base Hipotensión y diabetes mellitus, con la aplicación de las buenas prácticas clínicas y seguimiento a las guías de manejo.

Resultados de Indicadores Estratégicos

- Índice de Percepción de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas: la audiencia realizada el 14 de diciembre de 2018, sobre la gestión 2017, obtuvo un grado de percepción de 86%, equivalente a un rango satisfactorio.
- Índice de percepción sobre la información y orientación brindada al ciudadano: durante el segundo semestre de 2018, la entidad aplicó un total de 1.029 encuestas de satisfacción para medir la percepción sobre la información y orientación brindada al ciudadano, de las cuales 809 tuvieron una calificación satisfactoria, equivalente a un nivel de cumplimiento de 78.6% satisfactorio. Para el primer trimestre del año 2019, la entidad aplicó un total de 542 encuestas, de las cuales 417 tuvieron una calificación satisfactoria, lo que equivale a un nivel de cumplimiento de 77% y el 23% en insatisfactorio.
- Cumplimiento proceso de compensación: durante el periodo junio 2018 a abril 2019, se analizaron y contestaron las 36 declaraciones de giro y compensación recibidas, para un grado de cumplimiento del 100%, nivel satisfactorio.
- Nivel de satisfacción de los funcionarios con el plan de bienestar social: este indicador se mide de manera semestral y durante el segundo semestre de 2018, obtuvo una calificación superior a 90%, equivalente a nivel de satisfacción entre 4 y 5, siendo 5 el puntaje máximo.
- Ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento y ejecución presupuestal de ingresos: durante la vigencia 2018, dicha ejecución fue de 98%, equivalente a un cumplimiento satisfactorio.
- Ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento - servicios de personal: durante la vigencia 2018 se evidencia que la ejecución fue de 97%.
- Ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento - gastos generales: durante la vigencia 2018, dicha ejecución obtuvo un cumplimiento de 97%.
- Ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento - transferencias corrientes: durante la vigencia 2018 la ejecución fue de 99%.

- Desempeño del sistema integrado de gestión (periodicidad semestral): durante el segundo semestre de 2018, se reportaron 31 Indicadores Estratégicos, los cuales obtuvieron un resultado del 79% en promedio, alcanzado un rango de calificación aceptable.
- Mejorar la eficiencia a largo plazo del Reconocimiento Pensional: se contrató personal idóneo para realizar el estudio jurídico y seguimiento de las solicitudes presentadas por los usuarios ante el Fondo de Pasivo. Igualmente, se realizó un plan de trabajo para evacuar los trámites pendientes de vigencias anteriores estableciendo como prioridad los mismos y simultáneamente verificando y gestionando las peticiones recientes; se formularon metas a los abogados sustanciadores y se realiza verificación y auditorías de los procedimientos, con el fin de crearlos o actualizarlos para agilizar las prestaciones teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios y la administración dentro del marco normativo.

Como resultado del periodo de análisis de la gestión de la dependencia de prestaciones económicas se observa que incrementó del 45.45% al 79.6% y se evidencia motivación del personal que labora en la dependencia, gracias a las mesas de trabajo que realiza mensualmente el Subdirector de Prestaciones Sociales donde se socializa los resultados e indicadores.


Como retos para el 2019 se tiene previsto cumplir con los tiempos de respuesta en los plazos establecidos en la normatividad aplicable y lograr equidad e igualdad para todos los usuarios independientemente si pertenecen a asociaciones o presentan solicitudes de manera individual.

Otros retos institucionales para las vigencias 2019–2022

- Transformar el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia creado por Decreto 1591 de 1989 en una Unidad Ejecutora consolidada que gestione el cobro de Cuotas Partes.
- Realizar la gestión de cobro de créditos a favor del Estado, relacionado con pasivo pensional, multas, sanciones, remanentes de liquidaciones contractuales, entidades liquidadas y demás.
- Defensa judicial de los intereses del estado relacionado con entidades liquidadas.







La salud
es de todos

Minsalud

Carrera 13 No. 32 - 76 Bogotá D.C.
Teléfono: 330 5000
Línea de atención al usuario desde
Bogotá: (57-1) 589 3750
Resto del país: 018000960020
www.minsalud.gov.co