



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



# Informe de Actividades 2010 – 2014 y 2013-2014

Sector Administrativo  
de Salud y Protección Social

**AL  
HONORABLE  
CONGRESO  
DE LA  
REPÚBLICA**

Bogotá, D.C., agosto  
de 2014



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**República de Colombia**  
**Ministerio de Salud y Protección Social**  
Informe de Actividades  
2010- 2014  
2013-2014  
Sector Administrativo  
de Salud y Protección Social  
Al  
Honorable  
Congreso de la República

Edición y consolidación:  
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales



**JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN**  
Presidente de la República

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**  
Viceministro de Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

## **DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**Carlos Alberto Díaz Rueda**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

**José Luis Ortíz Hoyos**  
Jefe Oficina de Calidad

**Susana Helfer-Vogel**  
Jefe Oficina de Promoción Social

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

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



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**Luis Gabriel Fernández Franco**  
Director Jurídico

**Esther Madero Martínez**  
Jefe Oficina de Control Interno

**Laura Pareja Ayerbe**  
Grupo de Comunicaciones

**Jaime Matute Hernández**  
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

## **VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**Martha Lucía Ospina Martínez**  
Directora de Epidemiología y Demografía

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

**Nancy Rocío Huertas Vargas**  
Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga**  
Director de Promoción y Prevención

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

**Alba Rocío Rueda Gómez**  
Directora U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## **VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**

### **Carmen Eugenia Dávila**

Directora de Financiamiento Sectorial

### **Luis Gonzalo Morales Sánchez**

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

### **José Oswaldo Bonilla Rincón**

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

## **DIRECTIVOS ENTIDADES ADSCRITAS AL SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

### **Gustavo Enrique Morales Cobo**

Superintendente Nacional de Salud

### **Fernando De la Hoz Restrepo**

Director General Instituto Nacional de Salud-INS

### **Blanca Elvira Cajigas de Acosta**

Directora General Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA

### **Raúl Hernando Murillo Moreno**

Director General Instituto Nacional de Cancerología



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**Juan José Muñoz Robayo**

Gerente Sanatorio de Agua de Dios

**Jesús Alfonso Suárez**

Gerente Sanatorio de Contratación

**Javier Ignacio Cormane Fandiño**

Director General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

**Jaime Luis Lacouture Peñalosa**

Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

**Francisco Álvaro Ramírez Rivera**

Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República–  
FONPRECON

**DIRECTIVOS ENTIDADES VINCULADAS**

**Luisa Fernanda Tovar Pulecio**

Director General Caja de Previsión Social de Comunicaciones–CAPRECOM

**Felipe Negret Mosquera**

Apoderado General Fiduprevisora S.A  
Liquidador Instituto de Seguros Sociales



# INFORME AL CONGRESO

**2010- 2014**  
**y**  
**2013- 2014**

## **Sector Administrativo de Salud y Protección Social**

### **Contenido**

#### **INTRODUCCION**

<b>1.</b>	<b>ASEGURAMIENTO Y AFILIACION .....</b>	<b>13</b>
1.1	Acceso: Portabilidad y movilidad .....	16
1.2	Unificación del Plan de Beneficios (POS).....	17
1.3	Actualización del Plan de Beneficios .....	18
1.4	Pensiones y Riesgos Laborales .....	21
<b>2.</b>	<b>SALUD PÚBLICA – PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....</b>	<b>31</b>
2.1	Prevención y control de enfermedades transmisibles.....	31
2.2	Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI – .....	33
2.3	Plan Decenal de Salud Pública .....	45
2.4	Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis. Otras Patologías .....	63
2.5	Salud Sexual y Reproductiva–SSR- .....	76
2.6	Vida saludable - Condiciones No Transmisibles, Salud Mental y Convivencia Social. 77	
2.7	Farmacodependencia.....	87
2.8	Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN- .....	89
2.9	Seguridad Sanitaria y Ambiental .....	100
2.10	Salud Oral.....	103
<b>3.</b>	<b>COMPONENTES DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.</b>	<b>104</b>
3.1	Guías de Práctica Clínica .....	104
3.2	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad .....	106
3.3	Sistema de evaluación del SGSSS .....	107



3.4	Sistema Único de Habilitación .....	112
3.5	Sistema Único de Acreditación.....	113
3.6	Planes de Gestión de las IPS.....	114
3.7	Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios .....	115
3.8	Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS.....	116
3.9	Ajuste y Modernización de las Instituciones Públicas de Prestación.....	117
	de Servicios de Salud.....	117
3.10	Redes de Prestación de Servicios de Salud.....	117
3.11	Prevención y Atención en Emergencias y Desastres .....	118
3.12	Telemedicina .....	125
3.13	Infraestructura Física y Dotación Hospitalaria .....	126
3.14	Tecnologías en Salud .....	128
3.15	Prevención y Control del Cáncer.....	132
3.16	Desarrollo de la Calidad del Talento Humano en Salud .....	133
3.17	Acciones entidades prestadoras de servicios de salud del orden nacional .....	139
4.	<b>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>153</b>
4.1	Sistemas de Información y SISPRO .....	153
4.2	Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión.....	167
4.3	Modelo integrado de Planeación y Gestión .....	169
4.4	Avances Instituto de Estudios y Tecnologías en Salud- IETS-.....	170
4.5	Acciones de Cooperación y Relaciones Internacionales .....	171
4.6	Rediseño de la operación del Fosyga .....	171
5.	<b>SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD .....</b>	<b>174</b>
5.1	Gastos por Eventos no incluidos en el Plan de Beneficios – Recobros .....	174
5.2	Determinación y pago de deudas: Cuentas maestras y otras fuentes .....	177
5.3	Mejoramiento del flujo de recursos: Giro directo.....	180
5.4	Saneamiento y compra de cartera.....	183
5.5	Recursos del sector salud y nuevas fuentes.....	190
5.6	Fondo de Solidaridad y Garantía–Fosyga .....	193
5.7	Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud-FONSAET .....	195
5.8	Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación de la UPC.....	197
5.9	Controles a los Precios de Medicamentos.....	198
6.	<b>PROMOCIÓN SOCIAL .....</b>	<b>200</b>
6.1	Primera infancia, niños, niñas y adolescentes .....	200
6.2	Víctimas del conflicto armado.....	201
6.3	Poblaciones con Discapacidad.....	205
6.4	Población inimputable por trastorno mental.....	208
6.5	Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica .....	209
6.6	Mujer y género .....	211
6.7	Persona mayor, vejez y familia.....	213
6.8	Grupos étnicos .....	215
6.9	Estrategia de Superación de la Pobreza Extrema (Red Unidos).....	220



7.	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD .....	221
7.1	Vigilancia en Salud Pública . Ministerio de Salud y Protección Social .....	221
7.2	Acciones Instituto Nacional de Salud .....	225
7.3	Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud .....	231
7.4	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del INVIMA .....	241
7.5	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes .....	247



## INTRODUCCIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado en la Constitución Política que establece 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 de Colombia el Informe de Actividades del Sector Administrativo de Salud y Protección Social, el cual contiene la gestión realizada para el cuatrienio 2010- 2014 y la vigencia junio 2013- mayo 2014.

La H. Corte Constitucional, al declarar exequible en 2014 la Ley Estatutaria de Salud aprobada en 2013 por el H. Congreso de la República, consagra a la salud como un derecho fundamental que no puede restringirse. En este mismo marco, y con el fin de garantizar el acceso con calidad a este derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social ya había venido desarrollado múltiples estrategias que se pueden resumir en tres frentes principales: las soluciones directas para la gente, el fortalecimiento institucional y la sostenibilidad financiera del sistema.

En relación con la gente, la cobertura de aseguramiento del sistema se mantuvo en promedio en 96%. Esta cifra, considerada técnicamente como un cubrimiento universal, se logró por la afiliación de 2,5 millones más de personas en comparación con las que existían al comienzo del gobierno actual. Lo anterior implica 1,5 millones de nuevos afiliados en el régimen contributivo y 1 millón en el régimen subsidiado, con el inmenso esfuerzo en inversión que ello implica, no sólo ante el crecimiento de la población colombiana, sino ante la actualización anual del valor de la Unidad de Pago por Capitación–UPC que se reconoce por cada afiliado.

Por otra parte, se lograron menos barreras de acceso, en especial por las medidas de portabilidad y movilidad. Gracias a la portabilidad, los colombianos pueden acceder a los servicios de salud a través de su misma Entidad Promotora de Salud-EPS en cualquier municipio del país. En cuanto a la movilidad, los colombianos de niveles I y II del sistema de identificación de beneficiarios-SISBEN puede moverse entre el régimen subsidiado y el contributivo sin cambiar de EPS.

Además, con la unificación del plan de beneficios vigente desde el segundo semestre de 2012, millones de colombianos del régimen subsidiado pueden acceder a miles de tecnologías en salud que antes sólo estaban disponibles para el régimen contributivo. Esto significa que todos los colombianos ahora tienen el mismo plan de beneficios (POS), sin diferencias de clases.

Por su parte, con las actualizaciones integrales del POS del 2011 y 2013, ahora se cuenta con 183 nuevas tecnologías en salud, que incluyen tratamiento del cáncer, VIH/SIDA, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, mentales, neurológicas, respiratorias, diarreas agudas (como por ejemplo la inclusión del zinc a los niños con estas enfermedades), entre otras.



En salud pública, se destacan varios hitos. Colombia logró ser el primer país en el mundo en eliminar la oncocercosis (ceguera de los ríos). El país también fue declarado libre de sarampión y rubéola autóctonos y ha sido reconocido como líder en la disminución de la malaria en América. Adicionalmente, se culminó la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, por lo que Colombia ya cuenta con una ruta clara para la próxima década en esta materia.

En el tema de promoción y prevención, se destacan los grandes esfuerzos en vacunación. Por una parte, se alcanzaron coberturas de vacunación superiores al 90% a la vez que se consolidó el plan ampliado de inmunizaciones con vacunas como el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes y se implementó la vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH) a 2,4 millones de mujeres. Con lo anterior, Colombia tiene uno de los esquemas más completos de América Latina que protegen a su población contra 19 eventos de manera gratuita.

En cuanto a la atención con calidad, se destacan las 25 nuevas guías de atención integral en temas de interés para el país como lo son la salud infantil y materna, las enfermedades crónicas, la salud mental y las infecciones de transmisión sexual. Otro aspecto a resaltar es la implementación de una estrategia de seguimiento particular a los casos cáncer infantil.

Por otro lado, en el frente de ajuste institucional, se puede afirmar que el sector salud y protección social fue el de mayores cambios institucionales. En noviembre de 2011 se creó el Ministerio de Salud y Protección Social escindiéndose del anterior Ministerio de la Protección Social. Además, en obediencia de la Ley 1438, se creó en 2012 el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS. Por otra parte, se reestructuraron el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA, el Instituto Nacional de Salud–INS y la Superintendencia Nacional de Salud. Todo ello con el fin de fortalecer el sector en materia de salud y trasladando algunas competencias y procesos a otros sectores administrativos como el de Hacienda.

El Ministerio también ha buscado fortalecer las Instituciones Prestadoras de Salud- IPS, particularmente las públicas. Entre 2011 y 2013 se invirtieron más de 200 mil millones para la dotación e infraestructura de los hospitales públicos y los centros de salud de 500 municipios.

En el frente financiero del sistema de salud, la crítica situación amenazaba su sostenibilidad. Así, los esfuerzos realizados han buscado la construcción de un sistema sostenible y capaz de atender las necesidades de la población, destacándose el control del gasto y un flujo más eficiente de los recursos. Las acciones inicialmente se centraron en disminuir el crecimiento de los recobros, logrando que el gasto corriente pasara de 2,4 billones en 2010 a 1,7 billones en 2013.

Las medidas principales que comprenden toda esta estrategia de estabilización, tienen que ver con el establecimiento de valores máximos de recobro (VMR), el control de precios de medicamentos, la determinación y pago de deudas en el subsidiado con recursos de cuentas maestras y otras fuentes, el pago de deudas de NO POS por el Fosyga a las EPS, el giro directo en el subsidiado a hospitales y de los recobros a las IPS, la compra de cartera a hospitales públicos y privados y la habilitación de recursos nuevos del Presupuesto General de la Nación (PGN) para el régimen subsidiado.



Una de las medidas más exitosas ha consistido en el giro directo de los recursos de la Nación que acumuló, a primer semestre de 2014, \$10,8 billones llegando a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En promedio, más del 70% de los giros de la Nación están llegando directamente a las IPS y de manera oportuna (5 días). Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera que alcanza \$451 mil millones, mejorando la situación financiera de 182 IPS a lo largo del país.

En lo que tiene que ver con medicamentos, 8.600 cuentan con valores máximos de recobro con ahorros superiores al billón de pesos. Por otra parte, y en aplicación de la política farmacéutica (Conpes 155 de 2012), 900 medicamentos se encuentran bajo control directo de precios. Gracias a esta medida, que utiliza como referente los precios internacionales, se estiman ahorros de 40% en promedio.

No obstante los anteriores logros, quedan algunos retos para los próximos meses. Se ha avanzado en un modelo para la salud en las zonas dispersas, especialmente en Guainía, pero se espera consolidar este tipo de ajustes requeridos por el sistema, no sólo en este frente sino en los que los que tienen que ver con la política de medicamentos, la afiliación, el recaudo de los recursos, las deudas de las EPS liquidadas y el saneamiento contable. En el mediano plazo, se visualiza la necesidad de efectuar mayores cambios en la operación, financiamiento y el control de los recursos del sistema. Por otra parte, es fundamental emprender una política integral para los hospitales públicos acompañado de una ambiciosa inversión en infraestructura. Finalmente, es importante fortalecer la política del talento humano en salud propendiendo por la formalización laboral.

Dicho lo anterior, el presente informe se divide en siete (7) secciones. En las partes primera, segunda y tercera se describen los principales aspectos del aseguramiento, la salud pública y la calidad en la prestación de servicios de salud, mientras que los esfuerzos en fortalecimiento institucional se presentan en la parte cuarta del documento. La promoción social se expone en un quinto capítulo. En la sexta parte, se resumen los aspectos relacionados con la sostenibilidad del sistema. Al final, se describen los aspectos correspondientes a la inspección, vigilancia y control (séptima sección).



## 1. ASEGURAMIENTO Y AFILIACION

El propósito del Sistema de Seguridad Social Integral, es asegurar a la población frente a riesgos asociados a la salud, accidentes laborales y enfermedades profesionales, el desempleo, la vejez y la muerte, mediante una oferta de servicios que conlleve a una mejor calidad de vida. Este sistema está compuesto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema General de Pensiones y Cesantías (SGPE) y el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL).

Para el año 2013 los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud ascendieron a 45.222.116. En el siguiente cuadro se muestra la evolución de cobertura de los afiliados al Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción, logrando un cobertura total del 96%, frente a la población total de 47.121.089

**Tabla 1. Evolución Cobertura Afiliados Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción 2010-2013**

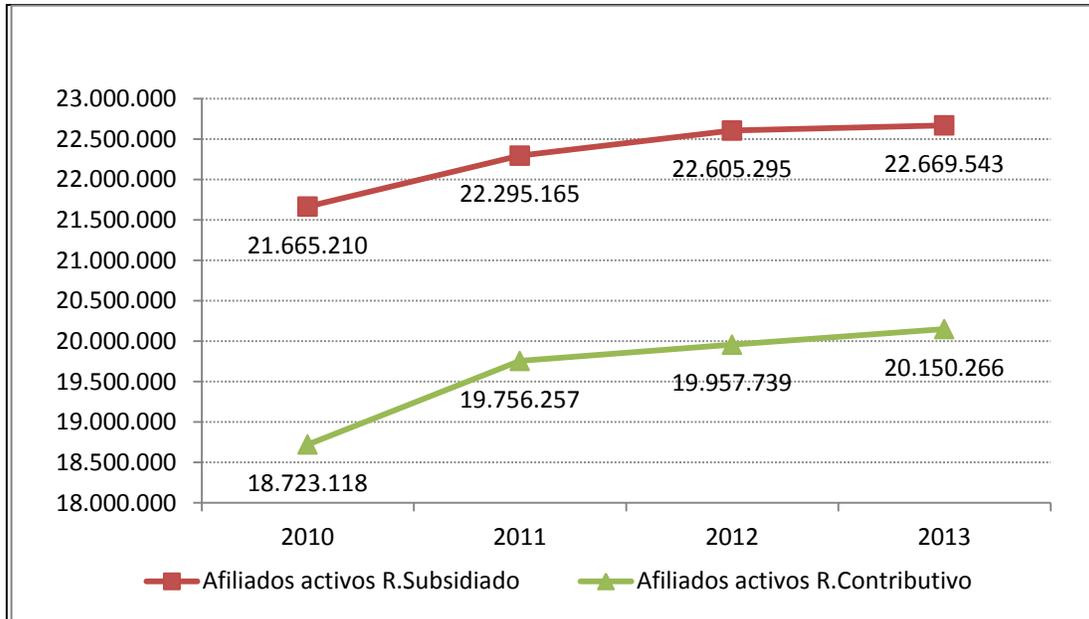
	2010	2011	2012	2013
Afiliados activos R. Subsidiado - BDU A	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543
Tasa de variación anual		2,91%	1,39%	0,28%
Afiliados activos R. Contributivo - BDU A	18.723.118	19.756.257	19.957.739	20.150.266
Tasa de variación anual		5,52%	1,02%	0,96%
Total Subsidiado + Contributivo	40.388.328	42.051.422	42.563.034	42.819.809
Tasa de variación anual		4,12%	1,22%	0,60%
Total Población Colombia - DANE	45.509.584	46.044.601	46.581.823	47.121.089
Tasa de variación anual		1,18%	1,17%	1,16%
Cobertura Nacional (Subsidiado + Contributivo)		91%	91%	91%
Total Excepción *	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.402.307
Total Subsidiado + Contributivo + EX	42.735.754	44.398.848	44.910.460	45.222.116
Tasa de variación anual		3,89%	1,15%	0,69%
Cobertura Nacional (S+C+E)	94%	96%	96%	96%

Fuente: SISPRO, DANE

**Nota:** La fecha de corte de los datos del período comprendido entre 2010 y 2013 es a Diciembre 31 de 2013.

\* En el ítem donde se relaciona la información de los regímenes de excepción se debe tener en cuenta que es un dato estimado tomado a partir de estudios especializados.

**Gráfico 1. Afiliados en salud activos, cargados en BDUA (Base de Datos Única de Afiliados) Subsidiado y Contributivo. (Periodo del 2010 al 2013)**



Fuente: BDUA al 31 de Diciembre de cada año- Consorcio SAYP

Para el año 2011, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ascendió a 42.051.422, creciendo con respecto al año inmediatamente anterior en un 4.12%, para el año 2012 a 42.563.034 en un 1.22% y para el año 2013 ascendió a 42.819.809 creciendo con respecto al año inmediatamente anterior en un 0.60 %. Ampliación de Cobertura para el Régimen Subsidiado y Contributivo.

En los últimos 4 años la cobertura en salud para los afiliados del régimen contributivo y subsidiado tiene un resultado superior a la tasa de variación – crecimiento de población reportado por el DANE. Al respecto, de acuerdo a proyecciones DANE el crecimiento poblacional se ha incrementado un 1,17% en promedio entre los años 2010 y 2013.

La tabla No. 2 muestra la distribución de los afiliados en el régimen contributivo y subsidiado y su peso porcentual en el Sistema, logrando así una cobertura total del 90.87% frente a la población total para el año 2013.

### **Total de afiliados activos cargados en BDUA por departamento.**

A continuación se presenta el total de afiliados activos cargados en BDUA por departamento correspondiente a los años 2010 a 2013 con corte a Diciembre 31 de cada año.

Como se puede observar los departamentos con mayor cantidad de afiliados del régimen subsidiado son Antioquia y Valle para los años 2010 al 2013.

**Tabla 2. Afiliados activos BDUA Régimen Subsidiado- Departamento  
Años (2010-2013)**

DPTO.	AÑO 2010		AÑO 2011		AÑO 2012		AÑO 2013	
	AFILIADOS 2010	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS	AFILIADOS 2011	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS	AFILIADOS 2012	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS	AFILIADOS 2013	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS
ANTIOQUIA	2.338.407	10,79%	2.336.614	10,48%	2.355.679	10,42 %	2.379.473	10,50%
VALLE	1.676.752	7,74%	1.764.010	7,91%	1.832.297	8,11%	1.823.070	8,04%
BOGOTA D.C.	1.353.121	6,25%	1.304.372	5,85%	1.251.955	5,54%	1.267.841	5,59%
BOLIVAR	1.255.003	5,79%	1.298.135	5,82%	1.367.571	6,05%	1.368.177	6,04%
ATLANTICO	1.161.190	5,36%	1.244.365	5,58%	1.271.435	5,62%	1.285.651	5,67%
CORDOBA	1.138.194	5,25%	1.291.926	5,79%	1.325.622	5,86%	1.313.954	5,80%
NARINO	1.116.246	5,15%	1.115.408	5,00%	1.141.921	5,05%	1.134.457	5,00%
CUNDINAMARCA	940.780	4,34%	937.844	4,21%	929.408	4,11%	919.921	4,06%
CAUCA	918.606	4,24%	948.775	4,26%	971.893	4,30%	963.073	4,25%
SANTANDER	918.136	4,24%	874.149	3,92%	852.531	3,77%	834.869	3,68%
MAGDALENA	870.595	4,02%	940.208	4,22%	921.524	4,08%	928.973	4,10%
NORTE DE SANTANDER	805.339	3,72%	814.823	3,65%	794.641	3,52%	815.212	3,60%
CESAR	728.272	3,36%	780.900	3,50%	802.581	3,55%	801.918	3,54%
SUCRE	725.254	3,35%	773.027	3,47%	784.375	3,47%	806.075	3,56%
HUILA	722.403	3,33%	723.264	3,24%	736.155	3,26%	743.758	3,28%
BOYACA	715.005	3,30%	702.397	3,15%	694.735	3,07%	678.252	2,99%
TOLIMA	713.425	3,29%	737.989	3,31%	733.335	3,24%	733.344	3,23%
LA GUAJIRA	560.814	2,59%	618.880	2,78%	683.883	3,03%	689.726	3,04%
CALDAS	471.722	2,18%	458.141	2,05%	456.885	2,02%	453.316	2,00%
CHOCO	373.108	1,72%	375.753	1,69%	398.341	1,76%	396.561	1,75%
META	367.924	1,70%	373.811	1,68%	394.398	1,74%	405.932	1,79%
RISARALDA	341.883	1,58%	355.116	1,59%	360.004	1,59%	367.835	1,62%
CAQUETA	283.593	1,31%	285.215	1,28%	292.424	1,29%	297.152	1,31%
QUINDIO	268.637	1,24%	256.748	1,15%	247.189	1,09%	245.276	1,08%
PUTUMAYO	247.094	1,14%	256.390	1,15%	261.499	1,16%	244.559	1,08%
CASANARE	208.043	0,96%	204.261	0,92%	207.611	0,92%	199.910	0,88%
ARAUCA	183.844	0,85%	176.586	0,79%	179.259	0,79%	184.452	0,81%
VICHADA	66.118	0,31%	69.352	0,31%	69.847	0,31%	71.488	0,32%



DPTO.	AÑO 2010		AÑO 2011		AÑO 2012		AÑO 2013	
	AFILIADOS 2010	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS	AFILIADOS 2011	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS	AFILIADOS 2012	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS	AFILIADOS 2013	PORCENTAJE SOBRE TOTAL AFILIADOS
GUAVIARE	66.049	0,30%	65.973	0,30%	63.548	0,28%	61.879	0,27%
AMAZONAS	47.699	0,22%	50.455	0,23%	52.426	0,23%	52.248	0,23%
GUAINIA	37.632	0,17%	37.653	0,17%	35.860	0,16%	37.013	0,16%
SAN ANDRES	23.061	0,11%	22.566	0,10%	21.279	0,09%	20.301	0,09%
VAUPES	21.261	0,10%	24.246	0,11%	26.306	0,12%	26.970	0,12%
<b>TOTAL AFILIADOS</b>	<b>21.665.210</b>	<b>100%</b>	<b>22.295.165</b>	<b>100%</b>	<b>22.605.295</b>	<b>100%</b>	<b>22.669.543</b>	<b>100%</b>

Fuente: BDUJ al 31 de Diciembre de cada año – Consorcio

## 1.1 Acceso: Portabilidad y movilidad

Los avances y logros específicos del período Junio de 2013-Mayo 2014 fueron:

### Portabilidad

Con la expedición del Decreto 1683 del 2 de Agosto de 2013, se da cumplimiento al artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>1</sup>. El Decreto se implementa el 4 de noviembre de 2013.

Una de las formas para facilitar la solicitud de portabilidad a los afiliados requería que en el sitio web de cada EPS, se diseñara un mini-sitio específicamente para portabilidad, complementando de esta forma las solicitudes que se hacen por escrito, telefónicamente o directamente en la EPS. A la fecha el 100% de las EPS, del régimen contributivo y el 92% de las EPS, del régimen subsidiado han implementado mini-sitio web para portabilidad.

Con fecha de corte 30 de abril 2014, los ciudadanos han presentado 3.790<sup>1</sup> solicitudes de portabilidad, de los cuales 2.606, corresponden a EPS, régimen subsidiado y 1.180 EPS, régimen Contributivo, la tasa de aprobación de estas solicitudes es superior al 85%.

<sup>1</sup> Los datos se toman a partir de los reportes de portabilidad enviados directamente por las EPS.



Para el segundo semestre de 2014, se tiene programada asistencia técnica con los entes territoriales, específicamente en el tema de portabilidad luego del primer año de expedido el decreto.

## **Movilidad**

Para el año 2013, en cumplimiento de los artículos 14 de la Ley 1112 de 2007 y 35 de la Ley 1438 de 2011, se expide el Decreto 3047 de 27 de diciembre de 2013. "Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén". Decreto que entró en operación el 28 de Junio del presente año.

Para la entrada en operación, el MSPS, durante el primer semestre de 2014, ha desarrollado las siguientes actividades:

1. Divulgación en las EPS, Entidades Territoriales sobre la operación del derecho a la movilidad de los afiliados al SGSSS
2. Reuniones técnicas con los operadores de información Pila y el Consorcio SAYP para establecer la Agenda de Asistencias teóricas y prácticas, presenciales y virtuales a las EPS de los regímenes subsidiado y Contributivo, para la entrada de la operación de la movilidad.
3. Elaboración de los actos administrativos requeridos para la operación del derecho a la movilidad de los afiliados al SGSS. Reuniones con EPS.

A la fecha, expidió la Resolución 2635 del 27 de junio de 2014, para definir lo lineamientos para la Operación de las condiciones y reglas para la movilidad entre regímenes.

### **1.2 Unificación del Plan de Beneficios (POS)**

Durante el periodo comprendido entre 2010 y 2014 el Gobierno Nacional culminó la unificación de los planes de beneficios logrando mayor equidad entre la población colombiana, en tanto se disminuyó la brecha evidenciada en el sector de la salud en términos de cobertura, así:

- En 2011, con el Acuerdo 027, se unificaron los Planes Obligatorios de Salud, de los regímenes Contributivo y Subsidiado, para las personas de sesenta (60) y más años de edad, lo cual benefició a 4 millones de personas.
- En 2012, mediante el Acuerdo 032, se estableció la unificación de los Planes Obligatorios de Salud para las personas entre 18 y 59 años, beneficiando a 11 millones de personas.



Como resultado de las anteriores acciones se dio un incremento, en términos reales, de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, entre el 2010 y 2014, del 64,8% aproximadamente.

El efecto evidencia el cumplimiento de la obligación plasmada en la Ley 100 de 1993, donde se establecía que *“a partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162<sup>2</sup>”* (...) (subrayado fuera del texto original), beneficiando a toda la población en general y en especial a la más pobre y vulnerable del país.

### 1.3 Actualización del Plan de Beneficios

El proceso de Actualización del POS durante el periodo agosto de 2010, a mayo de 2014, se ha dado bajo dos procesos: i) actualizaciones integrales del POS y ii) actualizaciones puntuales del POS. Las actualizaciones integrales se realizaron en los años 2011 y 2013 y las actualizaciones puntuales durante los años 2011 y 2012.

Las actualizaciones integrales del POS se orientaron a responder a las necesidades en salud, carga de la enfermedad, el perfil de morbilidad de la población, la estabilidad financiera del sistema, la disponibilidad de recursos y medicamentos, bajo una metodología participativa aprobada en 2011 y mejorada en 2013.

La metodología aplicada en estas actualizaciones integrales, define criterios de priorización para evaluar tecnologías en salud (ETES) y desarrolla el proceso de participación ciudadana. Esta participación cobró importancia en este gobierno, en tanto consultó a las organizaciones de usuarios de la salud, representadas en asociaciones de pacientes, veedurías ciudadanas y COPACOS; igualmente a la comunidad médica y demás profesionales de la salud, a su vez organizados en asociaciones científicas, y a la comunidad en general<sup>3</sup>.

Los eventos de participación ciudadana, para la actualización integral del POS, en el año 2013, se llevaron a cabo en 11 ciudades y contaron con asistencia de alrededor de 557 personas (asociaciones de usuarios del sector salud y de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS y comunidad médica).

<sup>2</sup> Según lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100, este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

<sup>3</sup> En el año 2013, se llevaron a cabo en 11 ciudades y contaron con asistencia de alrededor de 557 personas (asociaciones de usuarios del sector salud y de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS y comunidad médica).



Como resultado de las actualizaciones integrales del Plan Obligatorio de Salud, que se ilustran en la tabla siguiente, el país cuenta con un POS fortalecido en todas las etapas de la atención, en especial en la promoción de la salud, la detección temprana y protección específica de las enfermedades prevenibles, aportando, no sólo al desarrollo de la Política Pública, sino también al logro de las metas y estrategias propuestas por el Gobierno Nacional, para 2015, del Plan Nacional de Desarrollo y Plan Sectorial en el período 2010-2014.

**Tabla 3. Actualizaciones Integrales del Plan Obligatorio de salud**

NORMA	DESCRIPCIÓN
Acuerdo 029 de 2011 de la CRES	Con este acuerdo fueron incluidas 119 tecnologías (69 principios activos, 44 procedimientos y 6 dispositivos).
Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social	Se incluyeron 63 tecnologías (56 principios activos, 5 procedimientos y 2 dispositivos).

Fuente: D. Beneficios, Costos y Tarifas, tomado de los desarrollos normativos de actualización del POS.

En la vigencia 2013, el Gobierno Nacional, con el fin de garantizar de manera efectiva el derecho a la salud, avanzó hacia un plan implícito, migrando de subcategorías a categorías, lo que aclara las coberturas y permite, por un lado, que el médico cuente con más opciones terapéuticas para la prescripción de sus pacientes y, por otro lado, le evita a los usuarios trámites administrativos innecesarios.

A continuación se presentan tablas resumen que contienen las tecnologías en salud incluidas en las actualizaciones integrales del POS, detallada año a año, así como los beneficiarios según las diferentes patologías:

**Tabla 4. Discriminación de las tecnologías en salud incluidas**

Tecnología en salud Año	Procedimientos	Principios activos	Dispositivos	Total
2010		2		2
2011	44	69	6	119
2012		1		1
2013	5	56	2	63
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>128</b>	<b>8</b>	<b>185</b>

Fuente: D. Beneficios, Costos y Tarifas, tomado de los desarrollos técnicos de actualización del POS.

**Tabla 5. Potenciales Beneficiarios según patologías en las dos actualizaciones integrales**

	POTENCIALES BENEFICIARIOS POR PATOLOGÍA		
	2011	2013	TOTAL
Trastorno o enfermedad mental	1.658.989	214.391	1.873.380



	POTENCIALES BENEFICIARIOS POR PATOLOGÍA		
	2011	2013	TOTAL
Enfermedad cardiovascular	4.617.265	79.833	4.697.098
Cáncer	1.178.936	38.381	1.217.317
Enfermedad odontológica	6.110.843		6.110.843
Enfermedades del metabolismo	530.059	412.153	942.212
Enfermedades gastrointestinales	405.687	406.382	812.069
Enfermedades inflamatorias	263.507	46.002	309.509
Enfermedades infecciosas	142.012	144.698	286.710
Enfermedades respiratorias	1.291.208		1.291.208
Enfermedades neurológicas	1.039	146.518	147.557
Enfermedades oftalmológicas	1.039		1.039
Enfermedades renales y urológicas	130.308		130.308
Vih/sida	97.945		97.945
Trasplantes	258	635	893
Salud sexual y reproductiva	545.822		545.822
<b>TOTAL</b>	<b>16.974.917</b>	<b>1.488.993</b>	<b>18.463.910</b>

Fuente: D. Beneficios, Costos y Tarifas, tomado de los desarrollos técnicos de actualización del POS.

En 2011 y 2012, tuvieron lugar dos inclusiones puntuales (Actualizaciones puntuales) - tal como se ilustra en la tabla que sigue-. En este proceso, cada tecnología se acompañó de la ETES, o evaluaciones rápidas, basadas en la evidencia científica, análisis de impacto en la UPC e impacto presupuestal y otras variables que facilitarían a los decisores la toma de decisión.

**Tabla 6. Actualizaciones Puntuales 2011- 2012**

NORMA	DESCRIPCIÓN
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se incluyen al POS dos medicamentos sometidos a consulta: Ácido Alendrónico y Clopidogrel.
Acuerdo 034 de 2012 de la CRES	En cumplimiento de la Sentencia T-627 de 2012 de la HCC se incluye en el POS (contributivo y subsidiado) el medicamento Misoprostol.

Fuente: D. Beneficios, Costos y Tarifas, tomado de los desarrollos normativos de actualización del POS.

### Periodo: Junio 2013 – Mayo 2014

El proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud durante el año 2013, se efectuó siguiendo los lineamientos dispuestos en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, según los cuales debe: (a) realizarse una vez cada dos años; (b) atender los cambios en el perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población colombiana, así como la disponibilidad y equilibrio de los recursos; (c) aplicando una



metodología para su definición y actualización; y (d) teniendo en cuenta la opinión de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante eventos de participación ciudadana.

En lo que va corrido del año 2014, se socializó, con los distintos actores del SGSSS, los resultados del proceso de actualización integral del POS, contenido en la Resolución 5521 de 2013. Para tal fin se han efectuado 12 eventos -inicialmente en Bogotá- donde han participado 484 personas, quedando pendiente la socialización en las regiones.

El gobierno nacional consciente de la necesidad de garantizar las prestaciones en salud a toda la población colombiana, en particular, las que requieren las personas que padecen enfermedades huérfanas, realiza el análisis de Tecnologías en Salud para el *diagnóstico clínico* de las enfermedades catalogadas como huérfanas o raras, con el objetivo de considerar la posible inclusión de las mencionadas tecnologías al POS.

## **1.4 Pensiones y Riesgos Laborales**

### **Pensiones**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 6º de la Ley 1444 de 2011, que dispuso la escisión del Ministerio de la Protección Social y la creación del Ministerio de Salud y Protección Social y el Decreto 4107 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.241 de 2 noviembre de 2011 *“Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social”*, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias (...) participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos desde la perspectiva del aseguramiento y la afiliación.

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.

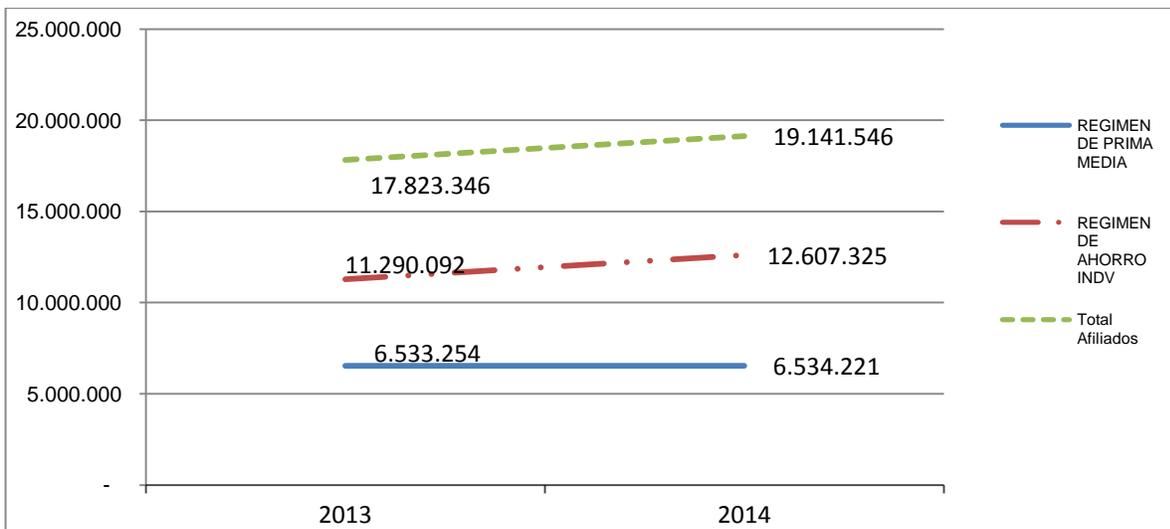
### **Cobertura de afiliación en el Sistema General de Pensiones**

De acuerdo con la información de la Superintendencia Financiera de Colombia, con corte al mes de marzo del 2014, se encuentran afiliados al Sistema General de Pensiones 19.1 millones de personas, que representa el 83% de la población



económicamente activa, de los cuales 12.6 millones están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, equivalente al 65.86% del total y, 6.5 millones, afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, que representa el restante 34.14% de los afiliados. En el período junio de 2013 a marzo de 2014, el número de afiliados aumentó en 1.318.200.

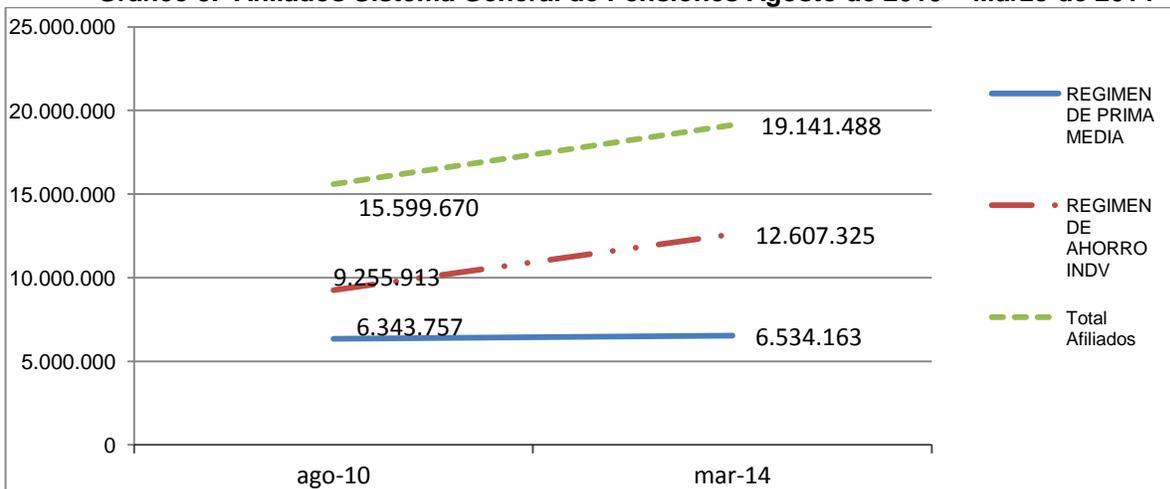
**Gráfico 2. Afiliados Sistema General de Pensiones 2013 – 2014**



Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia

En el periodo de 2010- marzo de 2014 el número de afiliados al Sistema General de Pensiones paso de 15.5 millones a 19.1 millones de afiliados, que representa un aumento de 3.5 millones durante el periodo observado:

**Gráfico 3. Afiliados Sistema General de Pensiones Agosto de 2010 – Marzo de 2014**



Fuente : Dirección de Regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones.



El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la competencia que le es propia, en materia de pensiones, desde la fecha de su creación (Noviembre de 2011) hasta la fecha, ha participado en la expedición de reglamentación atinente al Sistema General de Pensiones como son entre otros:

- Decreto 4691 de 2011 *“Por el cual se reglamentan las condiciones y requisitos del Programa de Empleo de Emergencia”*
- Decreto 2245 de 2012 *“Por el cual se reglamenta el inciso primero del párrafo 3° del artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9° de la Ley 797 de 2003”*
- Decreto 2380 de 2012 *“Por el cual se crea la Comisión Intersectorial del Régimen de Prima Media con Prestación Definida del Sistema General de Pensiones”*

En materia de afiliación y pago de aportes, ha sido expedida la siguiente reglamentación:

- Resolución 078 de 2014 *“Por la cual se modifican los artículos 8, 10 y 11 de la Resolución 1747 de 2008 y se dictan otras disposiciones”*
- Resolución 5094 de 2013 *“Por la cual se ajusta la planilla integrada de autoliquidación de aportes PILA de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2616 de 2013”*
- Resolución 2087 de 2013 *“Por la cual se modifica la Resolución 1747 de 2008, modificada por las Resoluciones 2377 de 2008, 990 y 2249 de 2009, 1004 de 2010, 475 y 476 de 2011 y 3214 de 2012 y se dictan otras disposiciones”*
- Resolución 3336 de 2013 *“Por la cual se modifican las Resoluciones 2358 de 2006, modificada por la Resolución 2947 del mismo año, 610 de 2012, modificada por la Resolución 3214 de 2012 y se dictan otras disposiciones.”*
- Resolución 0001300 de 2013 *“Por la cual se modifican las Resoluciones 2145 de 2006, 1747 de 2008, modificada por las Resoluciones 1184 de 2009, 3251 de 2011 y 3214 de 2012 y se dictan otras disposiciones”*
- Resolución 3214 de 2012 *“Por la cual se modifica la Resolución 2145 de 2006, 1747 de 2008, modificada por la Resolución 2377 de 2008, que a su vez fue modificada por las Resoluciones 3121, 4141 de 2008, 504, 1622, 2249, 199, 990 y 1184 de 2009 y 1004 de 2010, 114, 661, 773, 2640, 2641, 3251, 475 y 476 de 2011 y 610 de 2012, se adicionan campos a la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA y se ajusta el procedimiento mediante el cual los operadores de información entregan periódicamente la información resultante del proceso de recaudo al administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga”*
- Resolución 610 de 2012 *“Por la cual se modifica la Resolución número 1747 de 2008, modificada por la Resolución número 2377 de 2008, que a su vez fue modificada por las Resoluciones números 3121, 4141 de 2008, 504 y 1622 de 2009 y por las Resoluciones números 2249, 199, 990, 1184 de 2009, 1004 de*



2010, 114, 661, 773, 2640, 2641, 3251, 475 y 476 de 2011 y se adopta el procedimiento mediante el cual los operadores de información deberán entregar periódicamente la información resultante del proceso de recaudo al administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga”

- Resolución 475 de 2011 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 2377 de 2008 que a su vez fue modificada por las Resoluciones 3121, 4141 de 2008, 504 y 1622 de 2009 y por las Resoluciones 2249, 199, 990, 1184 de 2009, 1004 de 2010, 114,661, 773, 2640, 2641, y 3251 de 2011. Con esta Resolución se adiciona el campo 7- Tipo de planilla, el campo 5 - Tipo de cotizante con sus respectivas aclaraciones”
- Resolución 000476 de 2011 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 1747 de 2008 modificada por la Resolución 2377 de 2008 que a su vez fue modificada por las Resoluciones 3121, 4141 de 2008, 504 y 1622 de 2009 y por las Resoluciones 2249, 199, 990, 1184 de 2009, 1004 de 2010, 114, 661,773, 2640, 2641,3251 de 2011”
- Circular O12 – 30 de abril de 2013 “Instrucciones para el recaudo de aportes en salud a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA en cumplimiento del artículo 2 de la Ley 1443 de 2011”

De otra parte, FONPRECON realiza la afiliación de los Congresistas y empleados del Congreso, cuya actividad involucra los procesos de registro de afiliación, recaudo y distribución de aportes por cotización, imputación de pagos, traslado de afiliados entre administradoras o entre regímenes, devolución de recursos por No Vinculados y actualización de la historia laboral.

En la siguiente Tabla, se ilustra el número de afiliados para el período Julio 2013 – Mayo 2014:

**Tabla 7. Número de Afiliados Julio 2013 – Mayo 2014**

<b>AFILIADOS</b>	<b>A 1 de julio de 2013</b>	<b>A 31 de diciembre 2013</b>	<b>A 31 de mayo 2014</b>
Congresistas	99	100	101
Empleados	797	838	856
<b>TOTAL</b>	<b>896</b>	<b>938</b>	<b>957</b>

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas Fonprecon.

En su condición de Administradora del régimen de Prima Media, FONPRECON recauda aportes a través de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes PILA, por la afiliación en pensiones de los empleados del Senado, la Cámara de Representantes y del Fondo. El recaudo de aportes por cotizaciones en los períodos Julio – Diciembre de 2013 y Enero – Mayo de 2014, se indica en la siguiente tabla, la cual identifica tanto los aportes recibidos por los empleados, como por los tres empleadores ya señalados:



**Tabla 8. Recaudo de Aportes por cotización Julio 2013 – Mayo 2014**

**Millones de pesos**

RECAUDO DE APORTES	julio – diciembre 2013	enero – mayo 2014
	\$ 5.781,3	\$ 5.803,9

Fuente: Grupo Interno de Tesorería Fonprecon

Los resultados tanto de semanas laboradas como de recaudo de aportes, constituyen la historia laboral de los afiliados, información que se consolida en el aplicativo de la Entidad que contiene datos desde la entrada en vigencia del Sistema General de Pensiones.

## Pensionados

Hecho trascendente, en materia de pensiones, para la gestión del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, lo marcó la Sentencia C- 258 emanada de la Honorable Corte Constitucional, al ordenar, además de la revisión de la liquidación de los reconocimientos pensionales, el establecimiento de topes a las mesadas para alcanzar valores que no superen veinticinco salarios mínimos legales y la determinación de los aumentos que se efectúan al cambio de cada anualidad, exclusivamente en el porcentaje que fije el Gobierno Nacional para el Índice de Precios al Consumidor.

En este sentido FONPRECON acató y aplicó cabalmente las determinaciones de la Corte y para ello realizó las siguientes actividades:

Aplicación de la Sentencia C 258 de 2013, Honorable Corte Constitucional

La aplicación de esta decisión llevó a la preparación de la Entidad, en lo relacionado con la expedición de la normativa procedimental, los ajustes a los aplicativos que se utilizan para la liquidación de las prestaciones económicas y de la nómina misma, con el objeto de parametrizar cada mandato incluido en la sentencia aludida y la revisión de los expedientes que reconocieron pensión.

Para el efecto, se adelantaron las siguientes actividades:

- Expedición del procedimiento de aplicación de la Sentencia (Resolución 443 de 2013)
- Revisión del aplicativo de nómina de pensionados para ajustar: i) tope a 25 SMMLV a partir de Julio de 2013, ii) incrementos anuales de las mesadas según el IPC certificado.
- Revisión de expedientes

Revisión individual de expedientes



Una vez notificada la sentencia, con el fin de proceder al cumplimiento de las órdenes impartidas por la Honorable Corte Constitucional, el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República procedió a establecer el procedimiento para la revisión individual de cada expediente para efectos de determinar en cuál de las categorías fijadas por la sentencia C-258 de 2013 se encuentra cada asegurado (amparadas por la legítima confianza y la buena fe, reconocidas con abuso del derecho y fraude a la ley, pensiones reconocidas por equiparación).

Con corte al 31 de diciembre de 2013, fecha límite ordenada por la Sentencia para revisar las pensiones, se realizó la revisión individual de 631 expedientes. La Entidad procedió a clasificar según la orden correspondiente en la sentencia, los resultados de la revisión de la siguiente forma:

**Tabla 9. Revisión de Expedientes según sentencia C-258 DE 2013**

DETALLE	NÚMERO
Expedientes revisados para archivar	472
Expedientes para iniciar proceso de verificación administrativa (Art. 19 ley 797/03)	30
Expedientes para iniciar acción de revisión ante el Consejo de Estado (art. 20 ley 797/03)	27
Expedientes revisados para iniciar acción de lesividad (Artículos 137 y 164 numeral 1 literal (c) Ley 1437/11)	102
<b>Total expedientes revisados</b>	<b>631</b>

Fuente : FONPRECON

## **Acciones Judiciales Surgidas de la Revisión de Expedientes**

### **Acciones de Revisión**

Acciones de revisión presentadas 5

Acciones de revisión en Ministerio del Trabajo con solicitud de concepto 22

Total Acciones de revisión 27

### **Demandas de lesividad**

Demandas de lesividad presentadas 56

Demandas de lesividad en estudio para presentar 46

### **Procesos de verificación administrativa**

Iniciados con auto de apertura y en trámite 26



Finalizados y con auto de cierre 4  
Total procesos de verificación 30

De esta manera FONPRECON, en el estricto cumplimiento de la Sentencia C-258 de 2013, acata la decisión de adecuar las pensiones reconocidas a los parámetros legales, proceso que se había iniciado con la presentación de más de un centenar de acciones de lesividad en años anteriores, buscando así que la Entidad reconozca a sus pensionados, las mesadas que legalmente les corresponden, disminuyendo los montos a los límites ordenados por la Corte Constitucional y llevando a los jueces administrativos, las pensiones que fueron reconocidas excediendo los derechos pensionales, para que la justicia determine su validez.

### Número de pensionados por grupo

El número de pensionados de FONPRECON, clasificados según Ex Congresistas y Ex Empleados, se muestran en la siguiente Tabla

**Tabla 10 Número de Pensionados según Grupo**

<b>PENSIONADOS</b>	<b>1 julio 2013</b>	<b>31 diciembre 2013</b>	<b>31 mayo 2014</b>
Ex Congresistas	820	809	802
Ex Empleados	1.503	1.517	1.537
<b>TOTAL</b>	<b>2.323</b>	<b>2.326</b>	<b>2.339</b>

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

### Riesgos Laborales

El Sistema General de Riesgos Laborales, tiene como propósito el de prevenir, proteger y atender a los trabajadores frente a las contingencias generadas por las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo, que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolla la población laboral colombiana.

A mayo de 2014, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Laborales - ARL. Estas entidades prestan servicios de salud por lo cual se articulan con este Ministerio. La distribución de la afiliación en cuanto a trabajadores es la siguiente: El 64.79% están en ARL privadas y 35.21 % en la ARL Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 29.42% están afiliadas a las ARL privadas y el 70.58% a la ARL Positiva. El porcentaje de distribución tanto de trabajadores como empresas se ilustra en la siguiente tabla.



**Tabla 11 Distribución de Afiliados a ARL  
Mayo de 2014**

Administradora de Riesgos Laborales-ARP	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
ARP Positiva	3.157.086	35,21%	404.089	70,58%
Cia. de Seguros Bolivar S.A	432.764	4,83%	6.299	1,10%
Cia. de Seguros de Vida Aurora S.A	1.470	0,02%	122	0,02%
Liberty Seguros de Vida	471.791	5,26%	11.964	2,09%
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.	288.584	3,22%	3.659	0,64%
Riesgos Profesionales Colmena	737.727	8,23%	29.568	5,16%
Seguros de Vida Alfa S.A	74.589	0,83%	1.441	0,25%
Seguros de Vida Colpatria S.A	1.182.241	13,19%	23.522	4,11%
Seguros de Vida la Equidad Organismo C.	400.182	4,46%	17.246	3,01%
Sura - Cia. Suramericana de Seguros de Vida	2.219.346	24,75%	74.619	13,03%
<b>Total General</b>	<b>8.965.780</b>	<b>100,00%</b>	<b>572.529</b>	<b>100,00%</b>

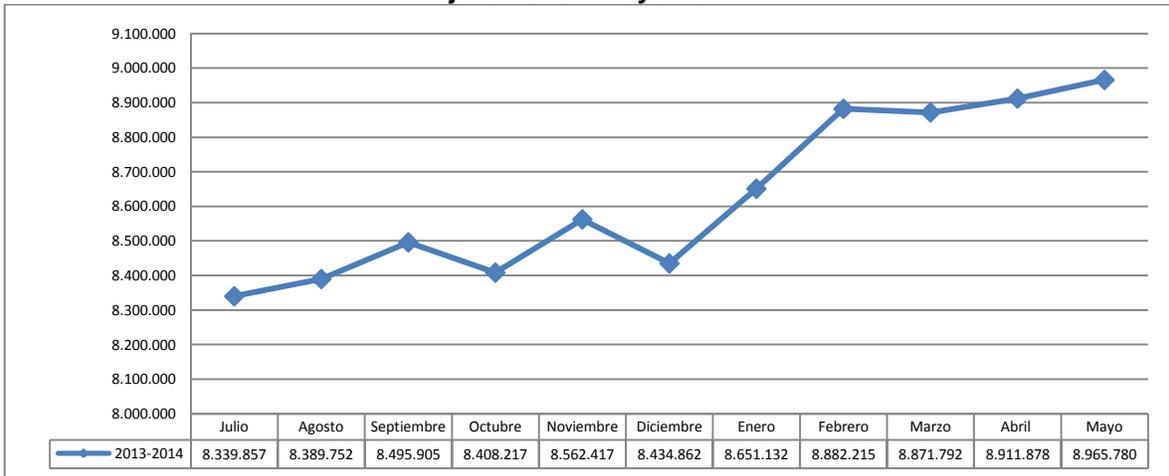
Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSPS - Administradoras de Riesgos Laborales

## Trabajadores afiliados

Para el cuatrienio 2010-2014, se estableció como meta aumentar en 2.000.000, el número de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. En el período comprendido entre julio de 2010 a marzo de 2014, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 6.667.837, a un total de 8.965.780, representando un crecimiento del 34.46% (2.297.943 nuevos afiliados), cumpliendo la meta propuesta en el Plan de Desarrollo – Prosperidad para Todos, el comportamiento del periodo julio de 2013 a mayo de 2014, se aprecia en el siguiente gráfico



**Gráfico 4. Afiliación de los Trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales julio 2013 – mayo 2014**

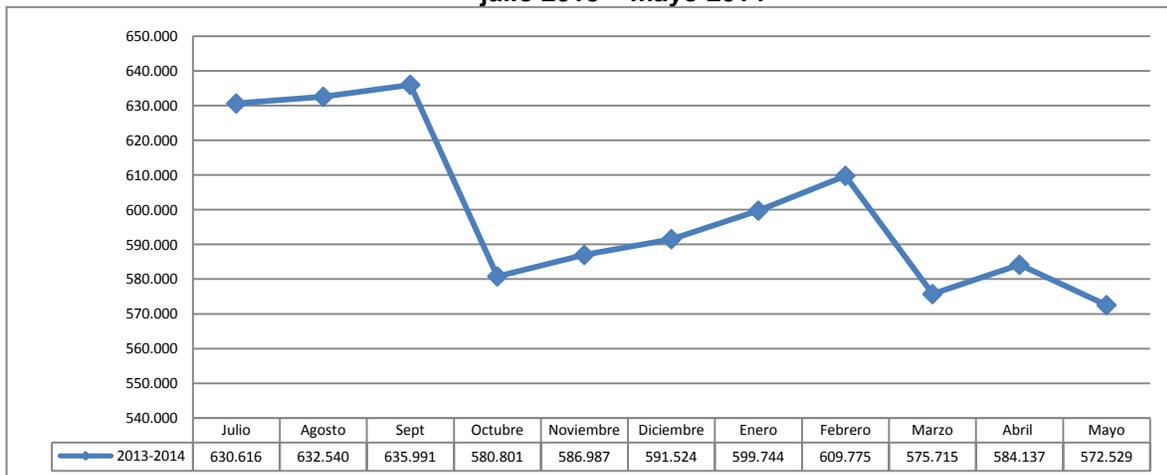


Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSPS y Administradoras de Riesgos Laborales.

### Empresas afiliadas

La meta establecida para el cuatrienio 2010-2014, es de 65.000 nuevas empresas afiliadas; se observa en lo corrido del período julio 2010 – mayo 2014, que las empresas afiliadas al sistema pasaron de 430.733 a un total de 572.529, presentado un aumento de 141.796 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del sistema para sus afiliados, representando un crecimiento del 32.96%, el comportamiento del periodo julio de 2013 a mayo de 2014, se muestra en el siguiente gráfico.

**Gráfico 5. Empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Laborales julio 2013 – mayo 2014**



Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSPS y Administradoras de Riesgos Laborales.



**Tabla 12. Reglamentación de la Ley 1562 de 2012, MSPS.**

Artículo de la Ley 1562/12	Plazo	Norma Expedida
Artículo 23 de la Ley 1562 de 2012	Término de seis (6) meses	<b>Resolución 4502 de 2012</b> , "Por la cual se reglamenta el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional y se dictan otras disposiciones"
Numerales 1 y 5 del literal a) del artículo 2 de la Ley 1562 de 2012	No	<b>Decreto 723 de 2013</b> , Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones

**Fuente:** Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSPS y Administradoras de Riesgos Laborales.

Adicionalmente, en coordinación con el Ministerio de Trabajo, se lograron avances muy importantes para la oportuna atención en salud de los afiliados sistema, mediante la expedición, por parte del Gobierno Nacional, del Decreto 1507 de 2014-Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional; y el Decreto 1467 de 2014 "Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales".

#### **Próximos a expedir:**

- Afiliación de los miembros voluntarios activos convocados por el Subsistema Nacional de Primera Respuesta al Sistema General de Riesgos Laborales; está en trámites de firmas en los Ministerios de Interior y del Trabajo y Presidencia de la República.
- Afiliación obligatoria al Sistema General de Riesgos Laborales de los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas, cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios e involucra un riesgo ocupacional, el texto está acordado con los Ministerios de Educación y del Trabajo; el proyecto está publicado en la página web del Ministerio.
- Por el cual se establece el procedimiento para determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias; se publicó en la página web del Ministerio y se está analizando los comentarios con el Ministerio del Trabajo



## 2. SALUD PÚBLICA – PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

### 2.1 Prevención y control de enfermedades transmisibles

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la función de disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles, salud oral y la salud mental y las lesiones violentas evitables, ha desarrollado:

Los lineamientos y estrategias que se planean y desarrollan, se realizan a partir de la estrategia 4 x 4, planteada por la OMS/OPS, la cual identifica que se debe controlar el consumo de tabaco, consumo de alcohol, fomentar la actividad física y la alimentación saludable para evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias inferiores, así mismo se reconoce factores intermedios que pueden proteger o vulnerar a las personas con alguna de estas condiciones como son la salud mental, la salud bucal, la salud visual y la salud auditiva.

El desarrollo de los procesos se realizan a partir de 3 grupos de trabajo; 1 grupo: modos, condiciones y estilos de vida, el cual planea, desarrolla y realiza seguimiento a un conjunto de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que gestionan a nivel sectorial, intersectorial y comunitario para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida en los entornos cotidianos, el 2 grupo: condiciones crónicas prevalentes que planea, desarrolla y realiza seguimiento a un conjunto de respuestas integrales del sector salud y de coordinación transectorial y comunitarias orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de este grupo de condiciones no transmisibles, así como los factores intermedios y el 3 grupo: gestión integrada para la salud mental.

Para prevención y control de las enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludable, el ministerio ha realizado inversiones muy representativas, para desarrollar acciones de prevención y control de estas enfermedades que son responsables del 76% de la carga de enfermedad según AVISAS<sup>4</sup> y causan más del 60% de las defunciones mundiales.

#### **Eliminación de la Oncocercosis:**

La oncocercosis, conocida también como ceguera de los ríos, es la segunda causa de ceguera de origen infeccioso en el mundo. En el año 2013 se recibió el documento que reconoce a Colombia como el primer país en el mundo en eliminar la oncocercosis, que

---

<sup>4</sup> Años de Vida Saludables Perdidos



es el resultado de más de 14 años de trabajo conjunto en un equipo interdisciplinario conformado por el INS y otras entidades públicas y privadas.

### **Vigilancia conjunta de sarampión y rubeola:**

El país y los demás países de América, iniciaron el plan de eliminación del sarampión en 1995, y de rubeola y síndrome de rubeola congénita en el 2000. La estrategia se basó en lograr coberturas útiles de vacunación en la población, realizar vigilancia intensificada de todos los casos sospechosos, y hacer una confirmación o descarte de estos casos a través de pruebas de laboratorio de alta calidad, de la cual fue responsable el LNR del Instituto Nacional de Salud - INS.

Desde el 2011, se inició la tarea de documentar la eliminación de la circulación autóctona de los virus de sarampión y rubeola en el país, siguiendo las guías establecidas por la OPS. Se consolidó y revisó toda la evidencia al respecto, incluyendo el componente del laboratorio. En 2012, se recibieron varias sugerencias y solicitudes de la comisión internacional para la verificación de la eliminación; a finales del 2013 se envió nuevamente un informe de país con la información adicional requerida.

Después de la revisión de este último informe, en enero de 2014, se recibió la visita de miembros de la comisión internacional, quienes hicieron la declaratoria de que Colombia tiene toda la evidencia que permite afirmar que no hay circulación autóctona de virus de sarampión y rubeola.

Se observa una disminución del 8,1%, en la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, con respecto al año 2012, de 34,2% respecto al año 2011 y 7,4% comparado con el año 2010.

El Comité Internacional de Expertos, del que hacen parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), declararon que los virus autóctonos del sarampión, la rubéola y la rubéola congénita, no circulan en territorio colombiano, fue declarado oficialmente país libre de estas enfermedades infecciosas, el primero de América Latina en alcanzar esta certificación.

### **Actividades de garantía de la calidad en el diagnóstico de malaria**

- Fortalecimiento de la estrategia de diagnóstico por Pruebas de diagnóstico rápido con la capacitación a agentes de pruebas rápidas y la distribución de 260.000 pruebas de malaria, en todos los entes territoriales
- Fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Malaria: Llevar con mayor regularidad al nivel local la evaluación externa directa e indirecta del



desempeño en microscopia. Control de calidad de 9.120 gotas gruesa de manera indirecta y control de calidad directa con 1.800 láminas.

- Certificación en normas de competencias laborales al personal no profesional, 309 Microscopistas Junior en 3 Normas de Competencia Laboral – SENA.

### **Logros en la reducción de la malaria:**

En los últimos cuatro años se ha notado una disminución importante en los casos de malaria en el país, pasando de 117.637 casos en 2010, a 51.722 casos durante el 2013, para una disminución del 71,09%. Para el 2011, la disminución fue del 45,23%, el porcentaje de disminución más alto en este periodo de tiempo, para 2012, la disminución fue del 6,59% y para el 2013, la disminución alcanzó el 14,05%. Al periodo epidemiológico 21 de 2014, se evidencia una reducción en la notificación de casos positivos del 44,77% en comparación al mismo periodo de tiempo en el año 2013.

### **2.2 Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI –**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) corresponde a una de las estrategias más costo efectivas que se desarrollan a nivel nacional, para su operación requiere de una logística específica, que se enmarca en la alta calidad, eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos que dentro del él se desarrollan; el esquema nacional de vacunación tiene actualmente 14 biológicos que protegen contra 21 enfermedades, lo que se traduce en la disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas, lo que conlleva al mejoramiento de los resultados en salud.

El presente informe compila la gestión administrativa y operativa del PAI, durante la vigencia 2013 – 2014 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de Salud Pública.

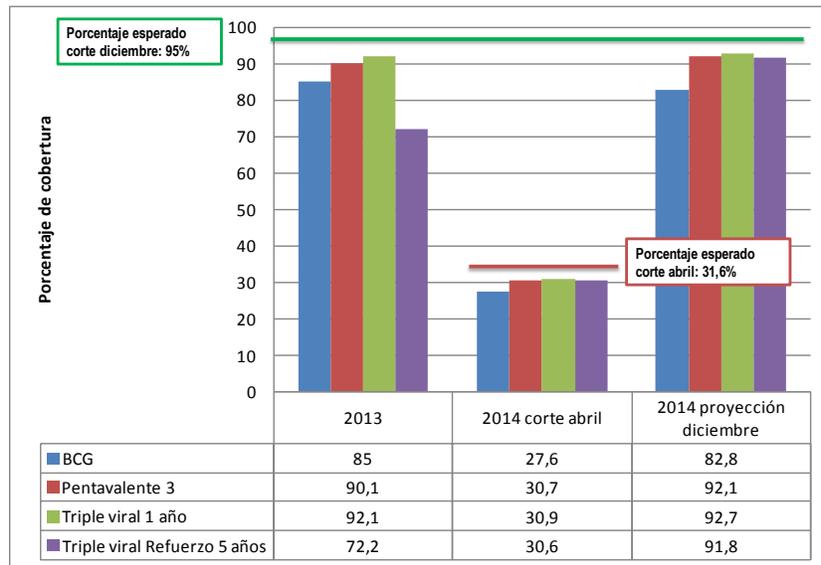
### **Logros alcanzados**

1. En cuanto a coberturas de vacunación, como meta nacional se tiene establecido que a 2021, se debe alcanzar el 95% o más de cobertura con todas las vacunas que hacen parte del esquema nacional. Para tener un panorama general de los resultados de las coberturas de vacunación en el año 2013 y 2014 con corte al mes de abril, a continuación se muestran los resultados obtenidos en los grupos de edad de niños y niñas menores de 1 año, de un año y de 5 años de edad.



**Gráfico 6. Resultado de indicadores trazadores BCG, Pentavalente 3 en niños y niñas menores de 1 año, triple viral en niños niñas de 1 año y triple viral refuerzo de los 5 años.**

**2013 – 2014 corte abril**



Fuente: Plantilla de reporte mensual de departamentos 2013 – 2014 corte abril

De acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo del periodo informado, se evidencia una tendencia al aumento en el 2014 con relación al año 2013; aproximándose a coberturas iguales o superiores al 95% a nivel nacional. Vale la pena mencionar que actualmente al PAI está tomando como denominador la meta programática de población menor de un año, de un año de vida y de cinco años de edad.

- Con respecto a la poliomielitis, durante 2013 y 2014, no se han notificado casos ocasionados por virus salvaje, es importante resaltar que se encuentra activa la vigilancia para parálisis flácida aguda por parte de cada una de las entidades territoriales en cabeza del Instituto Nacional de Salud.

Actualmente, el país se encuentra en proceso de transición de la vacuna oral de polio a la vacuna inyectable de polio, lo que representa un avance en el esquema de vacunación, siempre pensando en beneficio de la población infantil.

- En febrero de 2014, se consolidó la certificación del país como libre de virus autóctono de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita, por parte de la Organización Panamericana de la Salud a través de la Comisión Internacional para la Certificación, es importante mencionar que este logro es el fruto de varios años de trabajo conjunto con el Instituto Nacional de Salud y el Laboratorio de salud



pública, quienes están encargados de la Vigilancia de la salud pública a nivel nacional y del procesamiento de muestras, respectivamente. Vale la pena exaltar el compromiso y el apoyo político de las entidades territoriales para la consolidación de este resultado.

4. En el año 2013 se amplió la jornada de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para población escolarizada de cuarto grado de básica primaria a onceavo grado de bachillerato en todo el territorio nacional, logrando coberturas de 94,3% y 67,1% con primeras y segundas dosis respectivamente. En el año 2014 se continúa la vacunación de las segundas dosis de la jornada iniciada en 2013.

En el año 2014 se inició la vacunación de la población de cuarto grado de básica primaria que hayan cumplido nueve años, esta actividad se continuará en el tiempo ya que hace parte integral del esquema nacional de vacunación.

5. En relación con la introducción de nuevas vacunas en el esquema nacional, en el año 2013 y con el fin de disminuir los casos de *Tos ferina* en población infantil menor de dos meses de edad, se inició la introducción de vacuna contra TdaP acelular a población gestante en los departamentos que presentaban las tasas de incidencia más alta, tales como de Antioquia y el distrito de Bogotá, logrando en el 2014 la universalización de esta vacuna en todo el territorio nacional.
6. A través del Convenio de Cooperación técnica 363 de 2013, suscrito entre el MSPS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), se ha realizado apoyo a las entidades territoriales priorizadas para la búsqueda y vacunación de la población objeto del programa, con el fin de iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación; de igual manera, la sistematización de los resultados en vacunación de esta estrategia como aporte al logro de coberturas iguales o superiores al 95%.
7. Con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través del Convenio 310 de 2013 se han priorizado departamentos y distritos con coberturas inferiores al 95%, con el fin de focalizar acciones de fortalecimiento a la gestión del programa para aportar al logro de coberturas iguales o superiores al 95%.
8. Con el objeto de apoyar la gestión territorial el MSPS tiene dispuesto un equipo de consultores para realizar asistencia y cooperación técnica a cada una de las entidades territoriales, en el año 2013 el 100% de departamentos y distritos contó con asistencia técnica y en lo transcurrido del 2014 se ha realizado el fortalecimiento de la gestión territorial a través de las visitas de abogacía con instituciones responsables de la vacunación, así como instituciones aliadas.
9. Durante el año 2013 se realizaron tres jornadas de vacunación en los meses de abril, agosto y noviembre, como estrategia para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en la población objeto; así mismo en lo transcurrido del



año 2014 se han realizado dos jornadas de vacunación en los meses de enero y abril.

10. Como parte de la coordinación de acciones desde el MSPS con las entidades territoriales, en el año 2013, se realizaron 3 reuniones nacionales en los meses de marzo, octubre y noviembre, vale la pena mencionar que la reunión de noviembre se llevo a cabo en la Isla de San Andres, como una estrategia de acompañamiento al departamento por parte de las entidades territoriales del País. Este año se han realizado dos reuniones nacionales, la segunda se realizo en el departamento del Choco con el fin de llegar a diferentes territorios del país.
11. De manera articulada se está trabajando con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), entidades territoriales e Instituciones prestadores de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, para fortalecer el desarrollo de las acciones de promoción y prevención, y la *estrategia vacunación sin barreras*; a través de la cual, se garantiza que independientemente del aseguramiento que tenga el niño o la niña, este sea atendido en cualquier IPS vacunadora del país, totalmente gratis.
12. En el año 2014 y de manera mancomunada con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se está trabajando en una estrategia de puesta al día del esquema de vacunación y seguimiento nominal de los niños y niñas en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) de todo el territorio nacional. De igual manera se ha realizado fortalecimiento de la estrategia de vacunación extramural con la táctica casa a casa a la población objeto de las viviendas con subsidio pleno ubicadas en las diferentes ciudades del país, este trabajo se ha realizado en conjunto con la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE). Es importante mencionar que durante el 2013 se capacitó un total de 691 cogestores, correspondientes al 16,2%(6/37) de las entidades territoriales.
13. Con el fin de fortalecer la adherencia a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y en vista de la información errada que está circulando en los diferentes medios de comunicación, se está liderando desde el MSPS, acciones para informar a la población frente a la seguridad de esta vacuna, esta actividad se realiza en conjunto con diferentes sociedades científicas, entre las cuales se encuentran la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG, la Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP, la Federación Colombiana de Perinatología - FECOPEN, el Instituto Nacional de Salud – INS y el Instituto Nacional de Cancerología – INC.
14. Dentro del componente de desarrollo de capacidades, desde el MSPS durante el 2013 y 2014 en articulación con la Sociedad Colombiana de Pediatría, se está desarrollando un simposio de vacunas a nivel departamental y distrital, dirigido a personal de salud profesional y especialista, así como la sociedad civil, con el fin de



lograr mayor adherencia al PAI. Además desde el MSPS se ha participado de manera permanente en congresos nacionales e internacionales de pediatría y Ginecología.

15. Con el fin de fortalecer el componente de red de frío se realizó entrega de 424 refrigeradores y 251 cajas térmicas a las entidades territoriales. Esta inversión asciende a los \$888 millones de pesos.
16. Actualmente el MSPS cuenta con un sistema de información tipo Web y desconectado, a la fecha se cuenta con el 100% de entidades territoriales implementadas y a través de la Circular 044 de 2013, se impartieron los lineamientos para la implementación, operación y sostenimiento del sistema de información nominal del PAI.
17. Desde el año 2013 se está realizando el levantamiento de procesos y procedimientos del PAI a nivel nacional, a través de visitas a las entidades territoriales, con el fin de implementar el sistema de gestión de la calidad del PAI, lo cual incluye la sistematización, automatización y estandarización de procesos y procedimientos propios del programa, con miras a la certificación del mismo.

En reunión del mes de junio de 2014 se realizó socialización de este reto a todas las entidades territoriales, incluyendo las ciudades capitales.

18. Se ha fortalecido el componente de información, comunicación y educación y adherencia al esquema nacional de vacunación, desde el nivel nacional a la población en general a través de medio audiovisuales a los largo del periodo en mención con el slogan *Vacunas al día. Se la ponemos fácil.*

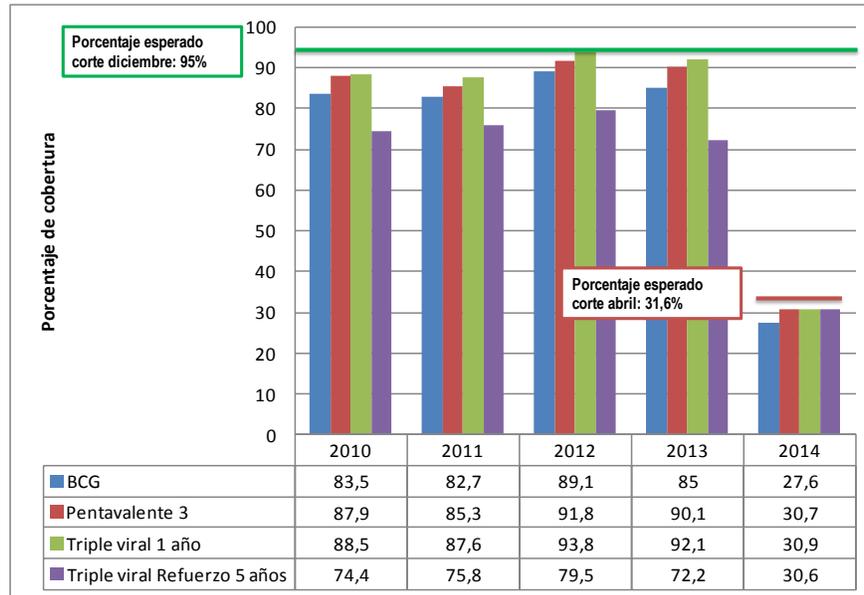
Durante la vigencia 2010 – 2014 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de Salud Pública, los logros en PAI son los siguientes.

1. En cuanto a coberturas de vacunación, como meta nacional se tiene establecido que a 2021, se debe alcanzar el 95% o más de cobertura con todas las vacunas que hacen parte del esquema nacional. Para tener un panorama general de los resultados de las coberturas de vacunación en el periodo 2010 – 2014 (corte abril), se muestran a continuación los resultados obtenidos en los grupos de edad de niños y niñas menores de 1 año, de un año y de 5 años de edad.



**Gráfico 7. Resultado de indicadores trazadores BCG, Pentavalente 3 en niños y niñas menores de 1 año, triple viral en niños niñas de 1 año y triple viral refuerzo de los 5 años.**

2010 – 2014 corte abril



Fuente: Plantilla de reporte mensual de departamentos 2010 – 2014 (corte abril)

De acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo del periodo informado, se evidencia una tendencia al aumento de 3 puntos en el 2013 con relación al año 2010; sin embargo, aún no se alcanzan coberturas iguales o superiores al 95% a nivel nacional. Vale la pena mencionar que el programa tradicionalmente ha sido evaluado tomando como denominador la población por edad simple proyectada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE; al comparar la información de proyecciones de población de niños y niñas menores de un año contra nacidos vivos del DANE, se identificó un comportamiento ambiguo, ya que la primera presenta tendencia al aumento, mientras que la segunda una tendencia a la disminución, esto muestra que algunos municipios, departamentos y distritos tengan coberturas superiores al 100% u otras situaciones en donde no se alcancen coberturas por no contar con la población proyectada. En ese sentido se cálculo la meta programática de población menor de un año, de un año de vida y de cinco años de edad a vacunar tomando como referencia fuentes alternas a las proyecciones poblacionales.

2. Con respecto a la poliomielitis, durante el periodo 2010 -2014, no se han notificado casos ocasionados por virus salvaje, es importante resaltar que se encuentra activa la vigilancia para parálisis flácida aguda por parte de cada una de las entidades territoriales en cabeza del Instituto Nacional de Salud.

Actualmente, el país se encuentra en proceso de transición de la vacuna oral de



polio a la vacuna inyectable de polio, lo que representa un avance en el esquema de vacunación, siempre pensando en beneficio de la población infantil.

3. Con el fin de consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en todo el territorio nacional, en los años 2010 y 2012 se realizaron dos jornadas de vacunación contra el sarampión y la rubéola en población de 1 a 8 años y de 10 a 19 años respectivamente, el resultado de la cobertura obtenida por monitoreo para la primera jornada fue de 97,8% y para la segunda de 97,3%. Teniendo en cuenta que la segunda jornada se inició como parte del plan de contingencia ante el brote de sarampión ocurrido en Barranquilla y con el fin de apoyar a los departamentos para el desarrollo de la misma, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), realizó la asignación de 7.000 millones de pesos con destinación específica según las Resoluciones 4183, 5075 y 474 de 2011.
4. En febrero de 2014, se consolidó la certificación del país como libre de virus autóctono de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita, por parte de la Organización Panamericana de la Salud a través de la Comisión Internacional para la Certificación, es importante mencionar que este logro es el fruto de varios años de trabajo conjunto con el Instituto Nacional de Salud y el Laboratorio de salud pública, quienes están encargados de la Vigilancia de la salud pública a nivel nacional y del procesamiento de muestras, respectivamente. Vale la pena exaltar el compromiso y el apoyo político de las entidades territoriales para la consolidación de este resultado.
5. En el año 2012 se inició la jornada de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en esta jornada se obtuvieron coberturas del 97,9%, 97% y 89,5% con primera, segunda y tercera dosis respectivamente; en el año 2013 se amplió la jornada de vacunación para población escolarizada de cuarto grado de básica primaria a onceavo grado de bachillerato en todo el territorio nacional, logrando coberturas de 94,3% y 67,1% con primeras y segundas dosis respectivamente, vale la pena mencionar que las segunda dosis se encuentran en proceso de aplicación.

Para la introducción y desarrollo de esta jornada, el MSPS dispuso, según Resolución 2568 de 2012, la suma de 7.000 millones de pesos con destinación específica para el apoyo a los departamentos, distritos y ciudades capitales.

6. En relación con la Introducción de nuevas vacunas en el esquema nacional, se han realizado las siguientes acciones:
  - a. En el año 2010 se universalizó la vacuna contra el neumococo para todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de noviembre de este mismo año, aportando con ello a la disminución de la morbi-mortalidad por neumonías, otitis y



- meningitis causada por los serotipos contenidos en la vacuna. Es importante resaltar que la introducción de esta vacuna se inició de manera progresiva desde el año 2006, mediante los Acuerdos 335 de 2006, 366 de 2007 y Acuerdo 406 de 2009.
- b. En el año 2013 se realizó la introducción de la vacuna contra la hepatitis A para todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de enero de 2012, con el fin de disminuir la incidencia de la Hepatitis A, como parte de un plan integral de prevención y control de las hepatitis víricas, incluidas las medidas para mejorar la higiene y el saneamiento.
  - c. En el año 2012 se realizó la introducción de la vacuna contra el VPH dirigida a niñas de cuarto grado de básica primaria que hayan cumplido 9 años. En el año 2013 se amplió la población objeto a niñas escolarizadas de 9 años en adelante cuarto a onceavo grado. Esta introducción forma parte de la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer y los Niños, lanzada durante la cumbre de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en septiembre de 2010; y así mismo, forma parte de la estrategia nacional para reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino (CCU). Además cuenta con el respaldo de las sociedades científicas y diversas instituciones como la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG, la Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP, la Federación Colombiana de Perinatología - FECOPEN, el Instituto Nacional de Salud – INS y el Instituto Nacional de Cancerología – INC.
  - d. En el año 2013 y con el fin de disminuir los casos de *Tos ferina* en población infantil menor de dos meses de edad, se inició la introducción de vacuna contra TdaP acelular a población gestante en los departamentos que presentaban las tasas de incidencia más alta, tales como de Antioquia y el distrito de Bogotá, logrando en el 2014 la universalización de esta vacuna en todo el territorio nacional.
7. A través del Convenio de Cooperación técnica No 184, suscrito entre el MSPS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), se realizó el fortalecimiento de esquemas de vacunación en población damnificada por la ola invernal, en asocio con otras intervenciones; a través de esta actividad, se intervinieron 19 departamentos (Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca) con 118 municipios priorizados, abordando un total de 55.553 personas, de las cuales 36.155 correspondían a niños menores de 6 años, 6.179 a mujeres en edad fértil (MEF) y 13.219 a adultos de 60 años y más de edad. Además fueron entregados 34.455 y 9.621 dosis de micronutrientes y antiparasitarios, respectivamente.

De igual manera a través de los Convenios de Cooperación 485 de 2010, 464 de 2012 y 363 de 2013 suscritos con esta misma entidad, se ha realizado apoyo a las entidades territoriales priorizadas para la búsqueda y vacunación de la población



objeto del programa, con el fin de iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación; de igual manera, la sistematización de los resultados en vacunación de esta estrategia como aporte al logro de coberturas iguales o superiores al 95%.

8. Con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de los Convenio 485 de 2010 y 310 de 2013 se han priorizado departamentos y distritos con coberturas inferiores al 95%, con el fin de focalizar acciones de fortalecimiento a la gestión del programa para aportar al logro de coberturas iguales o superiores al 95%.
9. Para la generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas se han desarrollado varios estudios de costo-efectividad y carga de enfermedad, entre los cuales se encuentran: *el Estudio de costoefectividad en la introducción de las vacunas contra el neumococo*, *el análisis del costo efectividad de introducción de la vacuna contra el papiloma humano*, *El análisis del costo de la carga del dengue y el impacto de la introducción de la vacuna contra el neumococo*; así mismo, el PAI como proceso de autoevaluación a la gestión desarrolló *el estudio de Evaluación del desempeño del PAI, para la medición de esquemas completos de vacunación en niños y niñas de los municipios priorizados*.
10. Con el objeto de apoyar la gestión territorial el Ministerio tiene dispuesto un equipo de consultores para realizar asistencia y cooperación técnica a cada una de las entidades territoriales así como a municipios priorizados, de igual manera se han fortalecido las estrategias de vacunación intramural y extramural, a través de las tácticas de vacunación casa a casa, seguimiento a cohortes, jornadas de vacunación por concentración, censos de canalización, entre otras, según la geografía y cultura de la entidad territorial, apuntando al mejoramiento de los resultados en salud.
11. Anualmente se lideran cuatro jornadas de vacunación en todo el territorio nacional, como estrategia para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en la población objeto.
12. Con el fin de identificar las barreras de vacunación para el acceso de la población a los servicios de vacunación, en el año 2010 el MSPS se contrató un estudio para la evaluación de los inhibidores para la vacunación infantil y sus posibles soluciones, este documento ha permitido visualizar estrategias para la disminución de este tipo de barreras.
13. A finales del año 2012, se concertó e inició con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), el seguimiento nominal a la cohorte de nacidos vivos. De igual manera, se realizaron alianzas estratégicas entre las entidades territoriales, EAPB e Instituciones prestadores de servicios de salud -IPS



públicas y privadas, para fortalecer el desarrollo de las acciones de promoción y prevención, y la *estrategia vacunación sin barreras*; a través de la cual, se garantiza que independientemente del aseguramiento que tenga el niño o la niña, este sea atendido en cualquier IPS vacunadora del país, totalmente gratis. Estas acciones de articulación se continúan hasta el día de hoy.

Así mismo, se han fortalecido las estrategias de vacunación de manera mancomunada con instituciones aliadas tales como Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Más familias en acción, la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), ONGs, Sociedades científicas, Instituto de Cancerología, Instituto nacional de Salud, Universidades, Ministerio de Educación, Procuraduría, entre otros.

Respecto a la alianza con ANSPE, se capacitó en los temas de vacunación, lactancia materna y crecimiento y desarrollo a un total de 1024 cogestores entre el 2012 y el 2013, el 29,7%(11/37) de las entidades territoriales quedó con el 100 de cogestores capacitados. De la misma manera se capacitó con la participación de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, un total de 2.100 médicos generales y especialistas, en el tema de VPH (vacuna y enfermedad).

14. Para garantizar la disposición permanente de biológicos e insumos a nivel nacional, el MSPS realiza la compra de las vacunas a través del fondo rotatorio mediante Convenio con la OPS. De igual manera, se ha incrementando el presupuesto nacional de manera importante mejorando el esquema de vacunación, lo que permite la garantía de la suficiencia y disponibilidad, con oportunidad y calidad, de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional.

**Tabla 13. Presupuesto PAI. 2010-2014**

2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL Millones	Recurso
115.367.4	179.329.0	199.329.0	220.000.0	185.000.0	899.025.4	PAI
		60.000.0	74.137.7	30.000.0	164.137.7	FOSYGA
					<b>1.063.163.2</b>	<b>TOTAL</b>

Fuente: Grupo de Inmunoprevenibles. Plan de compras.

15. Actualmente el MSPS cuenta con un sistema de información tipo Web y desconectado, el cual permite realizar seguimiento a la vacunación de cada uno de los niños y niñas, este proceso se inició a partir del año 2007 como respuesta a lo descrito en el Plan Nacional de Salud Pública y el Decreto 3039 de 2007, en el cual se exige contar con un sistema de información de salud.

A la fecha se cuenta con el 100% de entidades territoriales implementadas y a través de la Circular 044 de 2013, se impartieron los lineamientos para la



implementación, operación y sostenimiento del sistema de información nominal del PAI.

16. Se está desarrollando el proceso para la implementación del sistema de gestión de la calidad del PAI, lo cual incluye la sistematización, automatización y estandarización de procesos y procedimientos propios del programa, con miras a la certificación del mismo.

17. Se ha fortalecido el componente de información, comunicación y educación y adherencia al esquema nacional de vacunación, desde el nivel nacional a la población en general a través de medios audiovisuales a los largo del periodo en mención.

**Tabla 14 . Reglamentación 2010- 2014**

Decreto o Resolución con fecha exp.	Reglamentario de la Ley	Objeto o tema reglamentado
Ley 1373 de enero 8 de 2010	Ley 100 de 1993	Por la cual se incluye la vacuna de neumococo de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación
Ley 1388 del 26 de mayo de 2010	Resolución 1043 del 3 de abril de 2006	Por la cual se debe asegurar el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia y se debe garantizar la vacunación anual contra influenza estacional a los familiares y convivientes del menor
Ley 1438 de 2011	Decreto Ley 4633 del 9 de diciembre de 2011 y Decreto Ley 4635 del 9 de diciembre de 2011, Decreto 4634 del 9 de diciembre de 2011, Decreto 4800 del 20 de diciembre de 2011, Decreto 4829 del 20 de diciembre de 2011, Decreto 0790 del 20 de abril de 2012	Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud
Ley 1626 del 30 de abril de 2013	Decreto 806 de 1998 - Ley 100 de 1993	Por medio del cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2676 del 22 de diciembre de 2010	Modificado por el artículo 1 Decreto nacional 1669 de 2002 y artículo 1 Decreto nacional 4126 de 2005. Derogado por el artículo 18 Decreto nacional 351 de 2014	Reglamenta el manejo adecuado de los residuos hospitalarios.
Resolución 1736 del 20 de mayo de 2010	Ley 1373 de enero 8 de 2010	Por la cual se asignan recursos del FOSYGA para la compra de vacuna de neumococo y criterios para su ejecución.
Resolución 4505 del 28 de diciembre de 2012	Ley 100 de 1993 numeral 3, Ley 715 de 2001 artículos 43, 44 y 46, Ley 1438 de 2011 artículo 114 y segundo numeral cuarto del Decreto Ley 4107 de 2011.	Establece la forma del reporte de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública, considerado de obligatorio cumplimiento. Situación que atañe al reporte de actividades de vacunación en la población afiliada a cualquier Empresa Administradora de Planes de beneficios.



Decreto o Resolución con fecha exp.	Reglamentario de la Ley	Objeto o tema reglamentado
Resolución 2568 del 30 de agosto de 2012		Por la cual se asignan recursos financieros a departamentos, distritos y ciudades capitales para apoyo, fortalecimiento y desarrollo de la jornada de vacunación contra el Virus del papiloma humano, en niñas de cuarto grado de primaria, de 9 años y más de edad.
Resolución 1441 del 6 de mayo de 2013	Numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Artículos 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, Artículos 7,8 y 14 del Decreto 1011 del 2006 y el desarrollo de los capítulos 1 y 2 del Decreto 1011 de 2006 y del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011.	Define los Procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, para el sistema único de habilitación.
Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013	Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 Artículo 42 de la Ley 715 de 2001 y 2do del Decreto Ley 4107 de 2011	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2012-2021.
Resolución 0474 El 28 de diciembre de 2011		Por la cual se hace transferencia de recursos financieros a las entidades departamentales y distritales con el objeto de realizar contención del brote de sarampión presentado en la ciudad de Barranquilla en el mes de agosto de ese año y evitar su extensión al resto del territorio nacional.
Resolución 4183 del 20 de septiembre de 2011		Por la cual se hace transferencia de recursos financieros a las entidades departamentales y distritales con el objeto de realizar contención del brote de sarampión presentado en la ciudad de Barranquilla en el mes de agosto de ese año y evitar su extensión al resto del territorio nacional.
Resolución 5075 del 26 de octubre de 2011		Por la cual se hace transferencia de recursos financieros a las entidades departamentales y distritales con el objeto de realizar contención del brote de sarampión presentado en la ciudad de Barranquilla en el mes de agosto de ese año y evitar su extensión al resto del territorio nacional.
Acuerdo 029 de 2011 Comisión Reguladora en Salud		Especifica las vacunas dentro del listado de medicamentos del POS.
Circular 04 de 26 de enero de 2012		Por la cual se prioriza la contratación del personal para la vigilancia y respuesta en salud pública a nivel territorial.
Circular conjunta 042 entre Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de educación, del 06 de julio de 2010,		Lineamiento de vacunar contra Sarampión y la rubeola en todas las instituciones educativas.
Circular 006 del 3 de febrero del 2012		Lineamiento de vacunar contra Sarampión y la rubeola en todas las instituciones educativas.
Circular externa conjunta No 0009 El 21 de febrero de 2012 firmada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud		Para el fortalecimiento de la vigilancia, control y manejo de los casos de tosferina que se presentaban en el país. Esta situación vuelve y se ratifica mediante la Circular No 38 del 8 de agosto de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social.



Decreto o Resolución con fecha exp.	Reglamentario de la Ley	Objeto o tema reglamentado
Circular conjunta No 041 del 13 de agosto del 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional		Conminan a los sectores respectivos a participar y desarrollar la jornada de vacunación nacional contra el Virus del Papiloma Humano – VPH, dirigida a niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria, en instituciones educativas públicas y privadas y que en el momento de la vacunación tengan nueve años de edad y más, con el objeto de promover la estrategia integral de prevención del cáncer cérvico uterino.
Circular conjunta No 019 del 27 de mayo de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional,		Como respaldo a la gran jornada de vacunación nacional contra el Virus del Papiloma Humano – VPH.
Circular 010 del 30 de octubre de 2013 de la Supersalud	Ley 1122 de 2007 - artículo 35, Ley 100 de 1993	Por la cual se imparten instrucciones respecto a la prestación del servicio de de salud en niños y niñas
Circular 023 del 24 de abril de 2014		Lineamientos en salud para la copa mundial de la FIFA en Brasil 2014
Circular 039 del 30 de octubre de 2013		Meta programática, Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.
Circular 044 del 19 de noviembre de 2013		Lineamientos para la implementación, operación y sostenimiento del sistema de información nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.
Circular 044 del 29 de agosto de 2012		Lineamientos de salud para el manejo del evento deportivo XIX juegos nacionales y paranacionales 2012 "Carlos Lleras Restrepo".
Circular externa 045 del 19 de noviembre de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social		Aspectos técnicos sobre vacunación segura
Circular externa 023 del 16 de julio de 2013		Aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación
Circular 038 del 8 de agosto de 2012		Intensificación de acciones en vigilancia, control y manejo de los casos de Tos ferina a nivel nacional.
Circular 032 del 22 de mayo del 2014		Alcance a la Circular 023 del 24 de abril de 2014, recomendaciones para viajeros internacionales, para el control del riesgo de importación de polio.
Circular 022 del 15 de abril de 2014		Intensificación de las acciones en prevención, manejo y control de las infecciones respiratorias agudas frente a la primera temporada de lluvias a nivel nacional.
Circular 031 del 22 de mayo del 2014		Lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual.

Fuente : Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

### 2.3 Plan Decenal de Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, es una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto



implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales o económicas.

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2015, cuya visión es “superar las inequidades sanitarias, como pieza fundamental para lograr la disminución de la pobreza, alcanzar la equidad social y consolidar la paz, garantizando a todos sus ciudadanos la mejora del bienestar integral y la calidad de vida”, a través de tres objetivos estratégicos: 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 ante la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021, tiene múltiples enfoques: 1) la salud como un derecho, 2) el enfoque de perspectiva de género y curso de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) otros enfoques en lo diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, al cual no escapa Colombia.

Además de su visión, meta central y objetivos estratégicos, el PDSP se despliega mediante estrategias en tres líneas operativas (Promoción de la salud, Gestión del riesgo en salud y Gestión de la salud pública), que se configuran como un conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias que representan aspectos fundamentales deseables para lograr la salud y el bienestar de todos los colombianos, que son: Salud ambiental; Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; Seguridad alimentaria y nutricional; Convivencia social y salud mental; Vida saludable y enfermedades transmisibles; Vida saludable y condiciones no transmisibles; Salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral. Además de dos (2) dimensiones transversales, que son: Desarrollos diferenciales específicos de los sujetos y colectivos; y Fortalecimiento institucional y de los servicios.

La construcción del PDSP, es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia, ya que en ella hubo participación activa de 153.397 colombianos y colombianas en las diferentes convocatorias planteadas.

---

1 Congreso de la República de Colombia, Ley 1450, 2011.



## **Metodología**

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 del Ministerio de Salud y Protección Social y las normas vigentes que sustentan la operación de la salud pública en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sector salud, asume la labor de Formulación del Plan de Salud Pública para el decenio 2012-2021 y define una ruta de trabajo que se denominó Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

### **Fase de aprestamiento (Mayo de 2011 hasta julio de 2012)**

- Revisión normatividad, evaluación de capacidades de vigilancia y respuesta y resultados de la gestión de la salud pública
- Fase definición técnica (Octubre de 2011 a octubre 2012)
- Caracterización estado de salud de la población colombiana.
- Lineamientos territoriales para el ASIS; estructuración de la metodología para elaborarlo.
- Definición de la existencia de ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) transversales.
- Análisis de los Determinantes Sociales en Salud en las Dimensiones Prioritarias del PDSP, con la creación de grupos internos en el Ministerio (uno para cada dimensión).

### **Fase de consulta (Marzo a octubre de 2012)**

- Participación amplia de la ciudadanía y de los diferentes actores de la sociedad, para otorgarle legitimidad y gobernabilidad al PDSP.

### **Fase de formulación (Noviembre de 2012 a febrero de 2013)**

- Se precisa la visión, los fines, los objetivos estratégicos, los objetivos sanitarios por cada dimensión, las metas, las estrategias, los recursos, los responsables, el sistema de indicadores, los mecanismos de seguimiento y evaluación y las necesidades de gestión sectorial, transectorial y comunitaria. Se elabora el Documento Técnico del Plan con sus anexos.

### **Fase de validación (Febrero a marzo de 2013)**

- Revisión y enriquecimiento del documento técnico del PDSP, por parte de técnicos del Ministerio y un grupo de expertos y científicos nacionales e internacionales.



### **Fase de reglamentación (Septiembre de 2012 a mayo 2013)**

- El Ministerio expide la Resolución 1841 de 2013, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado Plan.

### **Fase de presentación y divulgación (febrero a diciembre de 2013)**

- Estrategia de difusión con participación de las entidades territoriales.

### **Fase de instauración (Desde mayo de 2013 hasta 31 diciembre de 2021)**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Resolución 1841 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sector salud, definirá la metodología monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud, para facilitar la implementación del PDSP. Lo anterior, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, dispuesto en el Decreto 2482 de 2012, y las normas que lo reglamenten. En consecuencia avanzó en los siguientes procesos:

- La Presidencia de la República expide el Decreto 859 de 2014, mediante la cual se reglamenta el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011, crease la Comisión Intersectorial de Salud Pública y reglántese su finalidad, funciones y otros aspectos operativos de la misma.
- En proceso trámite del Proyecto de Resolución por la cual se establecen los lineamientos metodológicos para la formulación, implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud y se define la metodología para el monitoreo, evaluación y control.
- En proceso trámite del Proyecto de Resolución por la cual se modifican aspectos relacionados con la conformación y el funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
- Estrategia de fortalecimiento del proceso de planeación territorial (Asistencia Técnica Unificada y, alistamiento institucional para la planeación)
- Estrategia PASE a la Equidad en Salud y formación activa
- Desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación PDSP

Dado que el PDSP representa un cambio de paradigma en la forma de comprender la salud y la planeación territorial, y que su desarrollo e implementación en las entidades territoriales exige el desarrollo de nuevo conocimiento, nuevas destrezas, nueva



información y nuevas herramientas, la Estrategia PASE a la Equidad, incluye cuatro elementos que deben combinarse armónicamente a fin de lograr no sólo la formulación técnica de planes territoriales de salud, sino también la generación de capacidades y competencias en las entidades territoriales para la planeación en salud, para asegurar su integralidad e intersectorialidad, así como la participación activa de las administraciones y de la sociedad civil en la producción colaborativa de nuevo conocimiento.

A continuación se explican los aspectos relevantes de las estrategias definidas para la implementación del PDSP en los territorios.

### **La planificación de la salud en el marco de la gestión integral del desarrollo**

La gestión de la salud, de acuerdo con los anteriores conceptos, requiere de la organización del sector, no sólo para alcanzar los resultados que estén bajo su responsabilidad, sino para definir estrategias que permitan movilizar y articular esfuerzos y recursos de los demás sectores que cooperan para garantizar y administrar las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de las cuales depende la salud. Esta gestión integral deberá realizarse conforme a los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad, en la búsqueda de una mejor y más equitativa salud. Lo que implica planificar, ejecutar, hacer monitoreo, evaluación y rendición de cuentas frente al cumplimiento de los objetivos y metas que se pacten en la materia.

En este contexto, se entiende la planificación como el proceso participativo a través del cual se visualizan, tanto las transformaciones requeridas para mejorar y hacer equitativa la salud en Colombia, como las estrategias y los medios para alcanzar dichas transformaciones. Dado el carácter descentralizado del Estado, los acuerdos a los que se llegue en este proceso deben estar acordes con los compromisos adquiridos por el gobernante, las competencias asignadas en la Constitución y la Ley a las entidades territoriales y los recursos disponibles en el territorio (DNP 2011).

La planificación en el sector de la salud es participativa e integral, dado que mejorar las condiciones y las situaciones de salud requiere del concurso de diferentes sectores y actores e involucra a las diferentes dimensiones del desarrollo.<sup>6</sup> En este sentido, no sólo promueve la articulación interinstitucional para generar sinergias y evitar la duplicación de esfuerzos, sino que también es dinámica y flexible. Así mismo, tiene ciertos atributos que permiten responder a la diversidad del país y abordar de manera integral los múltiples enfoques de la salud (de derecho,<sup>7</sup> diferencial,<sup>8</sup> poblacional<sup>9</sup> y el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud).

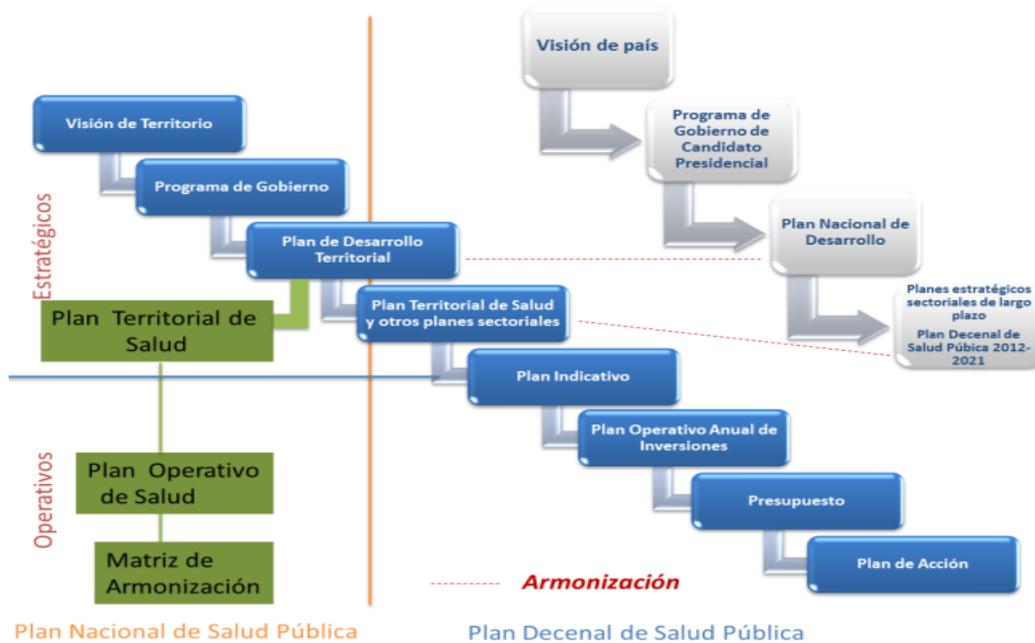
<sup>6</sup> El modelo BIT PASE comprende cuatro dimensiones: poblacional, ambiental, social y económica, éstas son las dimensiones del desarrollo.

<sup>7</sup> Entendido como el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Es inherente a la persona, es irrevocable, inalienable e irrenunciable, es igualitario y universal para todos los seres humanos, es atemporal e independiente de los contextos

La importancia de la planificación radica, entre otras razones, en que además de darle al sector un norte hacia el cual orientar su gestión para cumplir los fines del Estado,<sup>10</sup> contribuye a hacer un uso pertinente, efectivo y oportuno de los recursos, al permitir prever, bajo una secuencia lógica, las estrategias y acciones que deben adelantarse para alcanzar la visión de futuro compartida en materia de salud. Así mismo, este proceso brinda claridad frente a los compromisos adquiridos por los gobernantes, los roles que deben asumir los diferentes sectores y actores involucrados, la ubicación de las acciones que adelante la Administración territorial y los beneficiarios de las mismas.

Es importante precisar que la planeación en salud está regida por una normativa básica que comprende, entre muchas otras de sus directrices, la Ley 152 de 1994, el Decreto 111 de 1996, la Circular 018 de 2004, el Decreto 3039/2007, la Resolución 425 de 2008 y la Carta circular 001 de 2008.

**Gráfico 8 . Mapa de Planeación en Salud**



Fuente: Planeación integral en salud, proceso de gestión pública, MSPS.

sociales e históricos, por lo cual es un tema de la ética de la función pública, la ética del autocuidado y la equidad (MSPS 2013bMSPS 2013b:60)

<sup>8</sup> Supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos de los derechos y libertades que permite el ejercicio de una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa (MSPS 2013bMSPS 2013b:63)

<sup>9</sup> Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios con el fin de responder a los problemas que de allí se deriven (MSPS 2013bMSPS 2013b:73).

<sup>10</sup> La Constitución Política de Colombia en su artículo 2 señala: “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo”.



Por lo anterior, en la planeación en salud se debe tener en cuenta tanto el orden de planeación nacional como el territorial, enmarcados en la normatividad vigente. Sin embargo, además de la planeación territorial, que cuenta con los recursos regulares del sistema general de participaciones, hay algunas excepciones como las transferencias nacionales para temas específicos, por ejemplo, programas en tuberculosis o de mitigación de la ola invernal, entre otros. Por eso se precisa que “con base en los planes generales departamentales o municipales aprobados por el correspondiente Concejo o Asamblea, cada secretaría y departamento administrativo preparará, con la coordinación de la oficina de planeación, su correspondiente plan de acción y lo someterá a la aprobación del respectivo Consejo de Gobierno departamental, distrital o municipal. En el caso de los sectores financiados con transferencias nacionales, especialmente educación y salud, estos planes deberán ajustarse a las normas legales establecidas para dichas transferencias (...)”. Artículo 41 Ley 152 de 1994.

Así, el PTS se convierte en un instrumento de política pública que permite incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas territoriales, definir la propuesta estratégica y operativa que se incluye en el Plan de Desarrollo del Territorio (PDT), permitiendo así que converjan el desarrollo social y el económico, y orientando las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias hacia el objetivo de alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano en armonización con el PDSP 2012 - 2021.

De otra parte, el Plan Operativo Anual (POA), se articula con el PTS, para definir la programación anual de las acciones operativas por cada línea del plan, encadenando de esta manera las estrategias y programas en cada dimensión y dando respuestas operativas nacionales y territoriales. Es por ello que en el POA terminan confluyendo las acciones operativas de las políticas públicas en salud, tanto a nivel nacional como territorial.

Ahora bien, el POA tiene su par en el ámbito de la inversión, se trata del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), a través del cual se asignan los recursos para la ejecución de las acciones en vigencias anuales. Es en este Plan donde confluye la ejecución de recursos asignados desde lo nacional hasta lo territorial y la ejecución de transferencias nacionales.

Todo lo anterior conduce al momento donde se materializarán los planes, es decir, a la fase de - Después de la planificación, viene el momento en donde se llevan a cabo las acciones planeadas, la ejecución; ésta implica que la Secretaría de Salud, o quien haga sus veces, adelante inversiones de manera directa o a través de terceros, lo cual significa gestionar proyectos y recursos, adelantar procesos de contratación, ejecutar presupuestos y realizar abogacía con otros sectores y niveles de gobierno que tengan compromisos cuyo cumplimiento redunde en efectos positivos sobre la salud.



Posteriormente, en la fase de monitoreo, se verifican y valoran de manera continua y sistemática los avances y dificultades en el logro de los objetivos y metas previstas. Luego, mediante la evaluación, se hace un análisis exhaustivo del funcionamiento, evolución e impacto de las políticas y programas. Finalmente, en la rendición de cuentas, el sector socializa los avances y recibe sugerencias para mejorar o corregir las estrategias que se están adelantando, con base en los resultados alcanzados.

## **Los Planes Territoriales de Salud (PTS) en el marco del PDSP 2012-2021**

Por su parte, la Resolución 1841 de 2013, estableció que las entidades territoriales debían ejecutar el PDSP, a través de los Planes Territoriales de Salud (PTS). Esto significa que los PTS, son el instrumento de planificación estratégica que permite a departamentos, distritos y municipios, adoptar y adaptar, de acuerdo con las competencias, necesidades, condiciones y características del territorio, el PDSP 2012-2021.

Los PTS, expresan, en el marco de las dimensiones, componentes y líneas operativas del PDSP, tanto la visión de mediano plazo, como los objetivos y metas estratégicas de la política de salud pública en el territorio. Así mismo, señalan los programas, subprogramas y recursos de inversión a través de los cuales se contribuirá con el logro de dichos objetivos durante el respectivo período de gobierno. Estos planes son el instrumento de política pública que permite incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas territoriales.

De acuerdo con lo anterior, los PTS, deben elaborarse para la vigencia de la respectiva Administración, lo cual significa que el cumplimiento del PDSP 2012-2021, requerirá de tres generaciones de PTS: la primera, inicia con los actuales gobernantes, quienes deben realizar un ejercicio de armonización con los Planes de Desarrollo y los Planes de Salud Territoriales vigentes; la segunda, tendrá lugar durante las próximas Administraciones territoriales, es decir, en el período 2016-2019; y la tercera, dado el horizonte del PDSP, podría tener una duración de dos años.

En todos los casos, los PTS, deben tener una visión hacia el año 2021, la cual se constituirá en el referente para promover la continuidad de la política durante las siguientes administraciones. No obstante, cada una de ellas tendrá la responsabilidad de actualizarla e indicar su contribución, con base en la nueva impronta de gobierno, los avances en el cumplimiento del PTS anterior y las transformaciones que haya habido en el territorio.

Así mismo, los PTS, deben ceñirse a los principios definidos en la Ley 152 de 1994, es decir, su formulación es autónoma, pero participativa y con sujeción a las atribuciones y competencias asignadas en la Constitución y la ley. Su formulación se realiza a partir del análisis de la situación en salud y las capacidades institucionales de las entidades



territoriales, además, bajo un trabajo articulado entre las secretarías de salud y de planeación, o quienes hagan sus veces, que además de garantizar la continuidad, integralidad y armonización de las acciones que se adelanten, considere los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

Adicionalmente, los PTS deben ser viables, sostenibles y coherentes, lo que significa que deben ser consistentes con los planes financieros territoriales de salud; guardar armonía y equilibrio con el medio ambiente, de tal forma que se garantice a las actuales y futuras generaciones una adecuada oferta ambiental; asegurar que los programas y proyectos que se definan en el marco de las dimensiones y los componentes del PDSP tengan una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste; y contemplar criterios para beneficiar a las personas en condiciones y situaciones de vulnerabilidad.

Otra característica de los PTS es su condición evaluable, es decir, deben contener objetivos y metas —con sus respectivos indicadores y líneas de base—, así como un esquema de monitoreo y evaluación que permita medir el estado de logros esperados en salud y adoptar las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento.

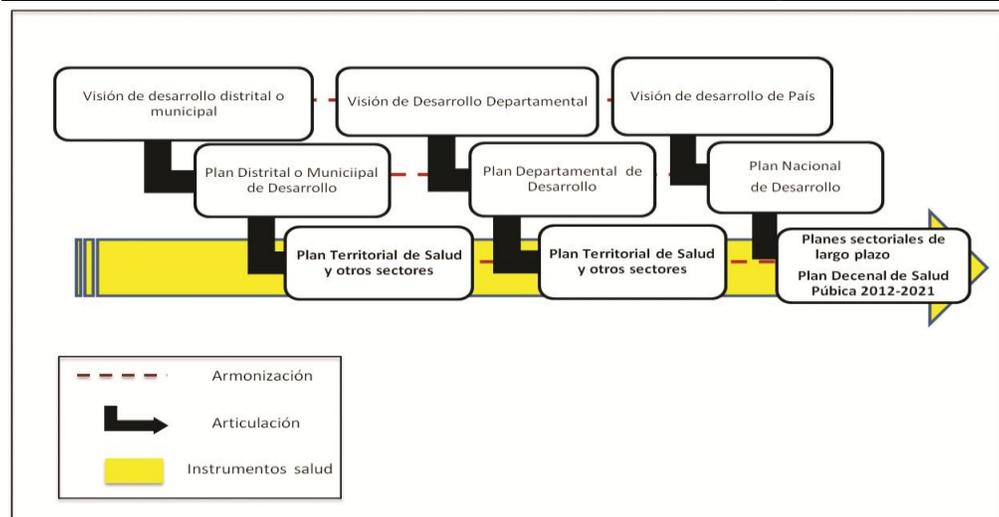
### **Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación**

La formulación y posterior ejecución, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de los PTS, supone su articulación con los instrumentos de planificación estratégica, financiera y operativa (ver figuras 2, 3 y 4). Dado el carácter unitario y descentralizado del Estado, las entidades territoriales deben contribuir a través de sus instrumentos de planeación, incluidos los PTS, a que se logren tanto los objetivos plasmados en la Visión Colombia II Centenario: 2019,<sup>11</sup> como aquellos previstos en los ejercicios de visión de largo plazo del territorio al cual pertenecen, para generar sinergias hacia la construcción del escenario futuro de desarrollo deseable y posible.

---

<sup>11</sup> Instrumento de planificación de largo plazo lanzado en el año 2005 como el escenario de futuro que Colombia espera alcanzar el 7 de agosto de 2019, cuando se conmemoren dos siglos de vida política independiente.

**Gráfico 9. Armonización y Articulación de los PTS con los Instrumentos de Planificación Estratégica**

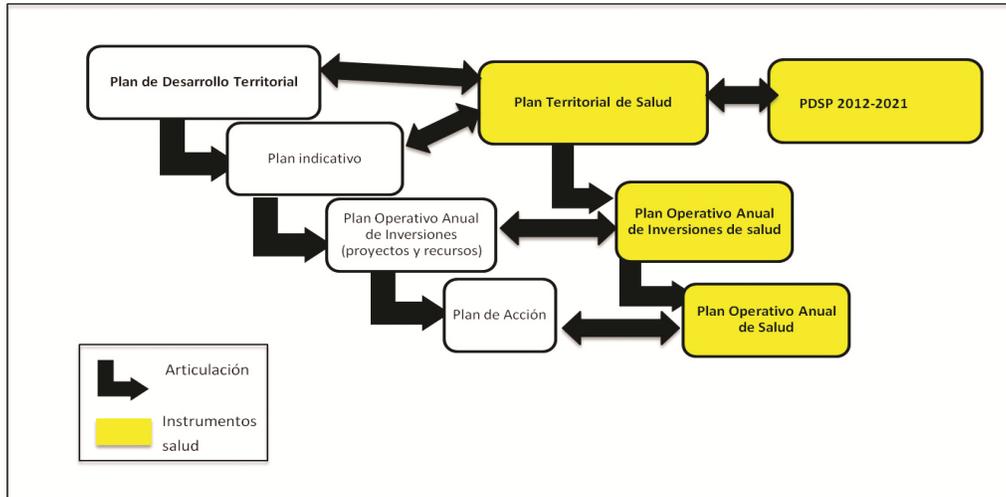


Fuente: Planeación integral en salud, proceso de gestión pública, MSPS

Adicionalmente, es necesario que las estrategias definidas en los PTS estén articuladas con los planes de desarrollo del respectivo nivel de gobierno y armonizadas con los de los demás niveles, pues, por tratarse de un instrumento de política general en la administración pública, y por tener carácter constitucional y orgánico, es a través de él que se definen las estrategias y los medios para avanzar hacia el desarrollo del territorio. En otras palabras, el diálogo entre estos instrumentos brinda la posibilidad al PTS de acceder a los recursos públicos disponibles durante el período institucional de gobierno.

De igual manera, considerando la nueva orientación transectorial que determina el PDSP para los PTS, éstos deben articularse con los planes de poblaciones especiales y con los planes sectoriales del territorio. En el caso municipal y distrital, estos planes se deben articular adicionalmente con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), con el fin de integrar la planificación físico territorial con las metas previstas en el PTS. Estos planes, al igual que las visiones de largo plazo y los planes de desarrollo, deben armonizarse con los elaborados en los niveles superiores de gobierno.

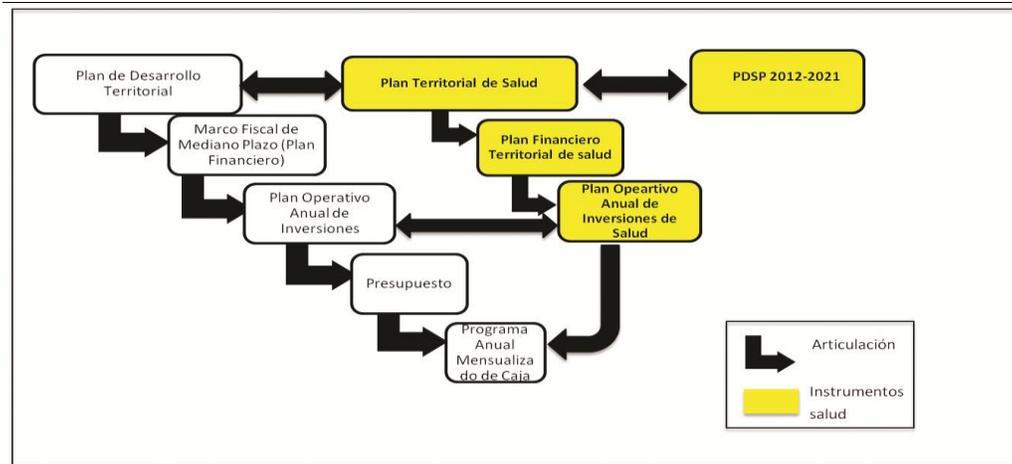
**Gráfico 10. Armonización y Articulación de los PTS con los Instrumentos de Planificación Operativa**



Fuente: Planeación integral en salud, proceso de gestión pública, MSPS

Los PTS, también deben articularse con los instrumentos de planificación operativa del sector, definidos en la Resolución 425 de 2008 del MSPS, y con los otros instrumentos operativos de la Administración territorial; es decir, se deben resumir y organizar por anualidades las metas previstas en los PTS y ponderarlas de acuerdo con las orientaciones que defina el Mandatario (Plan indicativo), soportar las inversiones que se realicen con proyectos inscritos en el Banco de Programas y Proyectos, y con recursos del presupuesto (POAI), así como definir las acciones a adelantar durante el respectivo año de gobierno (Plan de acción), para dar cumplimiento al PTS y por consiguiente al Plan de Desarrollo Territorial.

**Gráfico 11. Armonización y Articulación de los PTS con los instrumentos de Planificación Financiera**



Fuente: Planeación integral en salud, proceso de gestión pública, MSPS

Finalmente, para asegurar la viabilidad del PTS es necesario que éste se articule con el Plan Financiero Territorial de Salud,<sup>12</sup> el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP)<sup>13</sup> y el POAI. Este último, constituye tanto el engranaje entre la planificación financiera y la planificación operativa, como el punto de partida para formular el presupuesto<sup>14</sup> y el posterior Plan Anual Mensualizado de Caja.<sup>15</sup>

De acuerdo con lo anterior, es evidente que el cumplimiento del PDSP 2012-2021, requiere, por una parte, de PTS articulados con los demás instrumentos de planificación y cuya formulación parta de reconocer y comprender el territorio y su contexto —pues las condiciones y las situaciones que se presenten en materia de salud variarán de acuerdo con las interrelaciones que existan y hayan existido entre el sector y las diferentes dimensiones del desarrollo—; y por otra parte, de la construcción de escenarios de largo plazo y la identificación de factores de cambio que sirvan de referencia para definir la visión de futuro posible y deseable de la salud y que permitan que el sector se anticipe al futuro y prevea los medios y recursos necesarios para alcanzar los objetivos y metas que se acuerden de manera participativa.

<sup>12</sup> Es el instrumento que, de acuerdo con el artículo 4 de la Resolución 4015 de 2013, deben presentar Departamentos y Distritos a la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS, o la dependencia que haga sus veces, cada cuatro años de manera coincidente con los períodos institucionales de gobernadores y alcaldes.

<sup>13</sup> “El MFMP permite guiar la gestión en un período mínimo de 10 años, busca que las decisiones financieras se tomen bajo una mayor responsabilidad y garantizando la sostenibilidad fiscal. El Plan Financiero, componente fundamental del MFMP, es un instrumento de planificación que parte de un diagnóstico, determina objetivos, estrategias y metas de ingresos y gastos, para sanear las finanzas territoriales y lograr los objetivos del año en el cual se está planeando y para el período de gobierno, de acuerdo con lo definido en el Plan de Desarrollo” (DNP 2011).

<sup>14</sup> Teniendo en cuenta que en el POAI se programa y registra el gasto público, su forma de financiación y las reglas de juego para su ejecución, este instrumento permite a la entidad territorial poner en ejecución los programas, subprogramas y proyectos definidos en el PTS que se enmarcan en las dimensiones y componentes del PDSP 2012-2021 (DNP 2010).

<sup>15</sup> Es el monto máximo mensual de fondos disponibles para las entidades financiadas con los recursos del presupuesto de la entidad territorial.



De acuerdo con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de UNFPA y la Universidad Externado de Colombia, ha desarrollado la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

### **Estrategia PASE a la equidad en salud**

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud, es un conjunto orgánico de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral de planes territoriales de salud. Esta Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de sus PTS, acorde con el PDSP 2012-2021 y la armonización de los planes de salud vigentes 2012-2015.

La adaptación del Modelo BIT PASE, a los requerimientos del PDSP, incluyó, tanto su adecuación conceptual, como la adecuación de la estrategia PASE al Desarrollo, que permite aplicar exitosamente el Modelo en la práctica de la planeación local.<sup>16</sup>

La estrategia incluye el modelo conceptual; los desarrollos metodológicos, técnicos y pedagógicos para la formación de capacidades; la estructura normativa que da soporte a la acción en salud y una estructura logística y operativa para el desarrollo del proceso de formulación en las entidades territoriales. Esta estrategia se articula con, y es uno de los elementos del Modelo de Asistencia Unificada que el MSPS, ha puesto en marcha para la provisión de asistencia técnica en diversos campos a las entidades territoriales.

**Gráfico 12. Estrategia PASE a la Equidad**



<sup>16</sup> La adaptación del modelo se realizó con base en la estrategia utilizada para la aplicación del Modelo BIT PASE a la formulación de planes de desarrollo y de ordenamiento territorial denominada “PASE al Desarrollo”, que puede consultarse en línea en la plataforma [www.pasealdesarrollo.org](http://www.pasealdesarrollo.org)



## Los cuatro elementos que componen la Estrategia

### Estructura normativa

Comprende el reconocimiento de las condiciones en las cuales emerge el PDSP, teniendo en cuenta que éste obedece y es respuesta a una serie de normas y leyes que se debieron tomar en cuenta para su formulación, con el fin de garantizar que el Plan se ajuste tanto a las legislaciones nacionales como a las internacionales.

Pero de forma paralela, el PDSP por su estructura estratégica, por los marcos normativos a los cuales obedece y por las finalidades que se trazó, debe implementarse en el nivel territorial, por lo cual, parte del esfuerzo de adaptación, implica un reconocimiento de las competencias de cada uno de los ámbitos de las entidades territoriales, bien sea departamentales, distritales o municipales, tomando en cuenta, además, para el caso de los municipios, si son de nivel 1, 2, 3, 4, 5 o 6.

Teniendo en cuenta que en su aproximación metodológica la estrategia PASE, a la Equidad en Salud busca facilitar que las entidades territoriales avancen en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y en el ejercicio de rectoría del sector salud, se hace necesario el trabajo desde la parte estratégica del PDSP, que ha definido un horizonte prospectivo de 10 años con unas estrategias y con un abordaje por dimensiones prioritarias en salud, que deben ser entendidas en el marco de las competencias territoriales en materia de planeación.

En este sentido, la forma como se liga la estructura normativa con el desarrollo metodológico se hace explícita en cada uno de los instructivos y aplicativos generados, teniendo en cuenta que los organizadores para la identificación de las condiciones territoriales de salud giran en torno a las dimensiones y competencias de las entidades territoriales.

### Modelo conceptual

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud, se soporta conceptualmente en el Modelo para el análisis de Balances, Interacciones y Tensiones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas (BIT PASE), del cual emergen una serie de postulados, principios y fundamentos en relación con la concepción de desarrollo, la población y la planeación que han sido adoptados en el marco de la adaptación del Modelo a las condiciones del PDSP y de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.



Los fundamentos del modelo conceptual BIT PASE, y su adaptación a las condiciones del PDSP 2012-2021, incluyendo una serie de ejemplos que facilitan la comprensión de la Estrategia Pase a la Equidad en Salud.

## **Estructura logística y operativa**

Para hacer posible el desarrollo de la Estrategia en todos los territorios del país, ésta se realiza de manera escalonada desde el nivel nacional hacia las entidades departamentales que, a su vez, tienen la competencia de brindar asistencia técnica a las entidades municipales. De este modo, el equipo técnico de asistencia regional unificada que el MSPS haya dispuesto tiene a su cargo el soporte a las entidades departamentales. Éstas, por su parte, asumen la responsabilidad de la asistencia técnica en el nivel municipal.

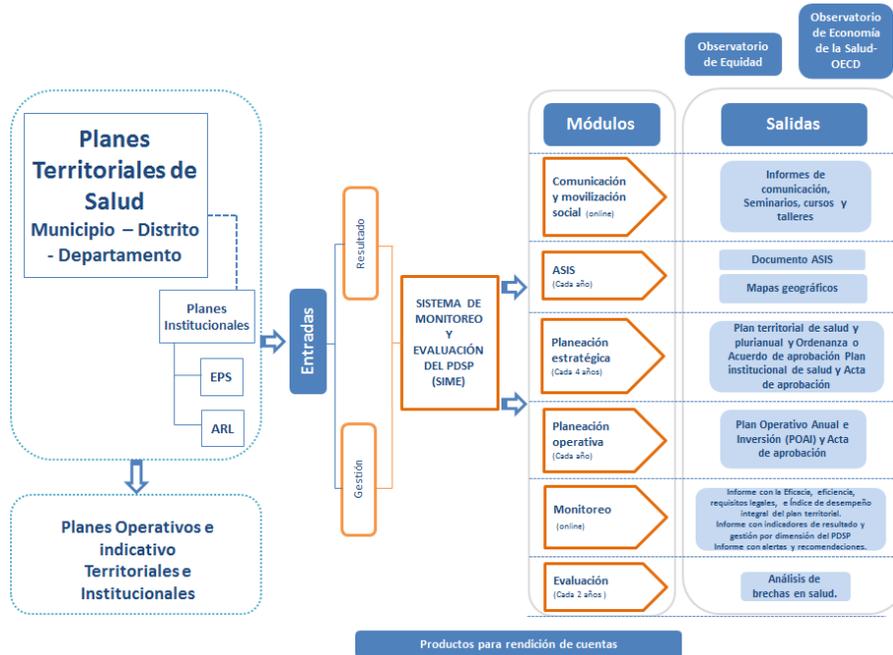
En este sentido, los equipos de asistencia regional actúan en cooperación con los equipos departamentales para el desarrollo de procesos de asistencia técnica que permitan la formulación de los planes territoriales de salud en el nivel municipal. Posteriormente, los equipos departamentales construyen sus documentos a partir de los aprendizajes y productos de sus municipios.

## **Monitoreo y evaluación**

El Ministerio de Salud y Protección Social define y adapta el Sistema de monitoreo y evaluación, como un conjunto de procedimientos y mecanismos automatizados integrado al SISPRO, compuesto por entradas, procesos y salidas orientado a reducir la variabilidad de los procesos de captura, procesamiento, análisis y entrega de los resultados y productos obtenidos con la ejecución del plan territorial de salud, con la finalidad de gestionar el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las dimensiones del PDSP y apoyar la toma de decisiones en salud a escala municipal, departamental y nacional.

El sistema cuenta con la característica de ser integral y apoyar los procesos administrativos del ámbito territorial a través del acceso y manejo de un tablero de control de indicadores de resultado y gestión del PDSP (efectos, impactos) y gestión del PDSP (eficacia, eficiencia y desempeño territorial en salud); involucra a todos los actores; fortalece el conocimiento de los participantes involucrándolos a la toma de decisiones y está encaminado a satisfacer las necesidades de información diferentes actores del sistema frente al Plan Territorial de Salud.

**Gráfico 13. Diseño Sistema Monitoreo y Evaluación PDSP**



Fuente: Planeación integral en salud, proceso de gestión pública, MSPS

Además, cumple con los protocolos de Gobierno en Línea, de manera que los resultados que se obtienen revelan la interacción y la forma en que perciben su impacto sobre el entorno permitiendo así obtener conclusiones para definir políticas y recomendar un plan de acción que permitan el logro de los propósitos del PDSP, en armonización con la estrategia definida por el Programa Agenda de Conectividad.

### Hitos 2012-2013: Inicio periodo Constitucional Territorial 2012-2015 y Adopción PDSP 2012-2021

En el año 2012 se posesionaron los actuales Alcaldes y Gobernadores, quienes bajo las orientaciones del MSPS, formularon los PTS, con base en el Plan Nacional de Salud.

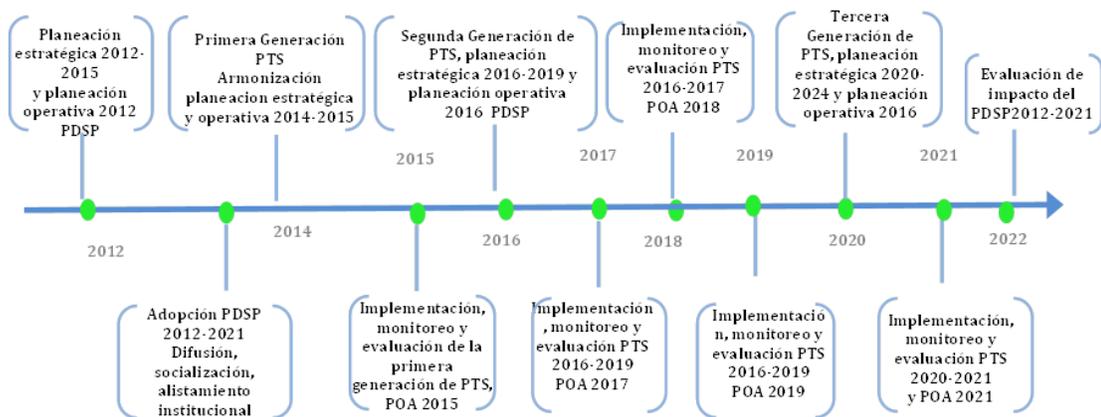
Simultáneamente, el MSPS avanzó, en cumplimiento del mandato establecido en la Ley 1438 de 2011, con la elaboración del PDSP 2012-2021, para lo cual adelantó un proceso de consulta ciudadana y recogió el ejercicio de definición técnica realizado el año anterior. Este Plan se adoptó mediante la Resolución 1841 de 2013 y se difundió en todo el territorio nacional.



De igual manera, la Resolución 1841 de 2013, comprometió a los territorios, a través de los PTS, a liderar la ejecución de este Plan. Dada la anterior responsabilidad, el MSPS avanzó con el diseño metodológico y conceptual para elaborar los nuevos PTS y armonizarlos con los PTS realizados, en el marco del Plan Nacional de Salud. Esta estrategia se encuentra actualmente en proceso de implementación.

En el gráfico siguiente, se ilustra la línea de tiempo de los PTS y la agenda de gestión pública territorial, se visibilizan los principales hitos a considerar durante la implementación del PDSP, 2021-2021.

**Gráfico 14. Línea de tiempo de los PTS**



PDSP: Plan Decenal de Salud Pública. PTS: Plan Territorial de Salud Pública. PND: Plan Nacional de Desarrollo. PDT: Planes de Desarrollo Territoriales.

### **Hito 2014: Primera Generación Planes Territoriales de Salud, armonización planeación estratégica y operativa 2014-2015**

Durante el año 2014, de acuerdo con los lineamientos definidos por el MSPS, departamentos, distritos y municipios están adelantando las acciones para formular los PTS y aprobarlos en los respectivos Concejos y Asambleas, según corresponda. Así mismo, deben armonizarlos con los planes de desarrollo y presupuestos, con el fin de garantizar recursos para su ejecución en la vigencia 2015.

Para facilitar este proceso, el MSPS adelanta una estrategia de capacitación y asistencia técnica que incluirá metodologías, instrumentos y acompañamiento a los territorios. Así mismo, avanzará con la conformación y reglamentación de la Comisión intersectorial, la cual cumple un rol importante en términos de diseño de directrices para que los territorios realicen la articulación transectorial.



Como contexto, es importante considerar que durante este año se formula el nuevo Plan Nacional de Desarrollo, por lo cual el MSPS, como rector del sector y líder del PDSP, tiene la responsabilidad de realizar una labor de abogacía ante los demás Ministerios y el DNP, no sólo para que en el próximo Plan Nacional de Desarrollo queden incluidos programas y proyectos que incidan en el cumplimiento de los objetivos previstos en el PDSP, sino para sensibilizarlos y vincularlos como actores activos y comprometidos con la ejecución del mismo.

### **Hito 2015: Implementación, monitoreo y evaluación de la primera generación de PTS y POA 2015**

El 2015 será un año de ejecuciones, dado que el PTS 2014-2015 ya debe estar armonizado con los diferentes instrumentos de la gestión pública.

Teniendo en cuenta que en esta vigencia culmina su período, los mandatarios salientes deben evaluar el cumplimiento de los PTS de Primera Generación. Dicha evaluación debe quedar plasmada en un documento que constituya una parte integral del Acta Informe de Gestión<sup>17</sup> que debe entregar el mandatario saliente como parte del *proceso de empalme*.<sup>18</sup>

### **Hito 2016-2019: Segunda Generación de Planes Territoriales de Salud**

Teniendo en cuenta que durante esta vigencia se formulan los PTS, de segunda generación y los Planes de Desarrollo Territoriales, el MSPS, en coordinación con el DNP, deberá definir lineamientos metodológicos para articular ambos procesos y evitar traumatismos en los territorios.

A partir de los anteriores lineamientos, y tomando como referencia los insumos entregados por su antecesor, el nuevo mandatario elaborará de manera participativa el nuevo PTS y lo someterá a consideración del cuerpo colegiado de la Administración, para su aprobación. Así mismo, armonizará los PTS con los demás instrumentos operativos.

<sup>17</sup> Es el documento físico a través del cual se formaliza el proceso de empalme, su elaboración es obligatoria y debe realizarse de acuerdo con lo definido en la Resolución Orgánica 5674 de 2005, la cual establece en su artículo 5 que “los sujetos de vigilancia y control fiscal de la Contraloría General de la República, están en la obligación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la dejación, retiro del cargo o finalización de su administración, y quienes al término de su período fueren ratificados, de presentar a quienes los sustituyan legal o reglamentariamente en el ejercicio de sus funciones, a la Oficina de Control Interno de la Entidad y a la Contraloría General de la República, el Acta de Informe de Gestión de los asuntos de su competencia, que deberá contener la gestión de los recursos financieros, humanos y administrativos que tuvieron asignados durante el desarrollo de sus funciones, conforme a las formalidades previstas en la Ley 951 de 2005 y la presente resolución”.

<sup>18</sup> A través de este proceso el mandatario saliente entrega la Administración y el candidato elegido la recibe.



Desde el año 2017 y hasta finalizar su período, la Administración debe realizar monitoreo, evaluación y rendición de cuentas anual sobre el avance del PTS.

### **Hito 2020: Tercera Generación de PTS, planeación estratégica 2020-2024 y planeación operativa 2020**

Este hito es muy importante porque es el último período Constitucional en el cual se van a adelantar acciones en el marco del PDSP 2012-2021. Por ello, deben orientarse todos los esfuerzos y recursos para garantizar que se ejecuten la totalidad de las estrategias previstas en las dimensiones y componentes.

Teniendo en cuenta que en 2020 se posesionan los nuevos gobernantes territoriales, las autoridades deben considerar las actividades previstas en los hitos 2015 y 2016 que permitan la formulación y gestión de la tercera generación de PTS.

### **Hito 2021-2022: Evaluación de impacto del PDSP 2012-2021**

En el año 2021 termina la vigencia del PDSP, razón por la cual resulta necesario que los territorios realicen una evaluación de la contribución que sus PTS hicieron al logro de las metas del PDSP. El MSPS definirá las metodologías, los lineamientos y mecanismos para adelantar esta actividad.

De igual manera, el MSPS, en coordinación con la Dirección de Evaluación y Seguimiento de Políticas Públicas del DNP, realizará una evaluación de impacto de la política.

## **2.4 Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis. Otras Patologías**

En el año 2010, el Ministerio inicio la construcción de la Estrategia de Gestión Integral para la promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores (EGI-ETV), la cual fue desarrollada a partir de la EGI dengue que venía siendo implementada en todo el territorio nacional.

Esta estrategia ha sido revisada anualmente con el fin de realizar ajustes con base en los datos encontrados durante su implementación.

Adicionalmente durante el periodo se han desarrollado las siguientes actividades:

**Gestión del conocimiento.** A continuación se listaran las principales reuniones y encuentros que se desarrollaron en los 4 años evaluados.



**Tabla 15. Eventos Realizados**

<i>Tema</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Curso de capacitación para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas, vigilancia en laboratorio de enfermedad de Chagas, atención y control de la enfermedad de Chagas en coordinación con el SENA			San Jose Del Guaviare 180 participantes	San Juan del Cesar 180 participantes
			Oiba 210 participantes	
			Cali 90 participantes	
Curso Internacional de Dengue			Bucaramanga 200 participantes	
Simposio de Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis		Bogotá 70 participantes		
Capacitación en guía clínica de atención integral del paciente con Dengue	25 Departamentos			15 Departamentos
Reunión Nacional planeación de la EGI	Bogotá 135 participantes	Paipa 80 participantes	Bogotá 40 participantes	
Reunión de actualización y estandarización de la Guía de Movilización social para el cambio conductal en Dengue y otras ETV		Acacias 100 participantes		

Fuente : Dirección de Promoción y Prevención. MSPS.

Durante estos 4 años se han realizado permanentemente acciones de cooperación y transferencia de conocimiento a los 32 departamentos y a los 4 distritos con los siguientes propósitos:

- Seguimiento a la adherencia a protocolos y guías de atención clínica
- Fortalecimiento técnico y operativo de las entidades
- Seguimiento POA ETV
- Divulgación de la guía de atención Dengue y Protocolo de Vigilancia
- Evaluaciones periódicas del programa ETV

Se ha fortalecido la investigación aplicada y en la actualidad se desarrollan los siguientes proyectos en los cuales participa el MSPS:

- Evaluación para la introducción de la vacuna contra el Dengue
- Validación de nuevas pruebas de diagnóstico de Dengue
- Proyectos de evaluación de costos de las diferentes intervenciones en Malaria.
- Observatorio de indicadores de la EGI
- Conformación de la red de conocimiento en Leishmaniasis
- Consolidación de la red de conocimiento en Chagas para apoyo en la iniciativa de eliminación



### Actividades para la Gerencia del Programa:

Se han desarrollado los siguientes lineamientos y herramientas técnicas y de apoyo, actualización de guías técnicas.

- Planes de contingencia
- Lineamiento de auditoría del tratamiento de paciente con dengue.
- Resolución 2257 de 2011 que formaliza las guías y protocolos de ETV
- Lineamiento para la operación de equipos funcionales
- Actualización de la EGI
- Lineamiento de auditoría a establecimientos especiales
- Lineamiento financiero

### Recursos:

De acuerdo a los compromisos establecidos en el año 1994, en los cuales se delegó en las entidades territoriales la ejecución de campañas, el Ministerio ha enviado los siguientes recursos económicos para funcionamiento e inversión durante los años 2010 a 2014:

**Tabla 16. Distribución recursos para Funcionamiento del programa de prevención y control de las ETV en las entidades territoriales 2010 - 2013**

Direcciones Dptales y Distritales de Salud	2010	2011	2012	2013
<b>Total Millones \$</b>	<b>25.702.8</b>	<b>26.473.9</b>	<b>27.268.1</b>	<b>28.086.2</b>

Fuente : Dirección de Promoción y Prevención. MSPS

**Tabla 17. Distribución recursos para Inversión del programa de prevención y control de las ETV en las entidades territoriales 2010 – 2013**

Direcciones Dptales y Distritales de Salud	2010	2011	2012	2013
<b>Total Millones \$</b>	<b>13.804.8</b>	<b>13.510.0</b>	<b>10.711.2</b>	<b>18.461.2</b>

Fuente : Dirección de Promoción y Prevención. MSPS

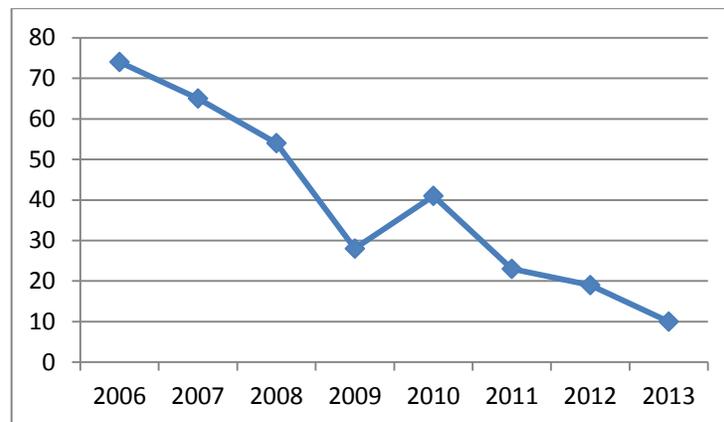


## Logros por evento:

### Malaria

Se registro un descenso en el número de casos desde el año 2010 pasando de 41 casos a 10 en 2013.

**Gráfico 15. Mortalidad por Malaria 2006 – 2013**



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Se desarrollaron 2 grandes proyectos para el control de la malaria, el primero en zonas fronterizas de la región andina – PAMAFRO; el segundo, denominado Proyecto Malaria Colombia (PMC) cuenta con financiación del el Fondo Mundial, definió como población objeto a los departamentos del país que aportan más del 70% de la carga de la malaria, y cuyo propósito general consistía en reducir la morbilidad al menos en un cuarenta por ciento (40%) y la mortalidad al menos en un 95%, en cuarenta y cinco (45) municipios de cinco (5) departamentos que concentran la mayor carga de la enfermedad.

Los principales avances de estos proyectos fueron:

- Incremento (alrededor de 70%) en la distribución y uso de Toldillos Insecticidas de Larga Duración TILD para la protección de la población en áreas de riesgo.
- Introducción de nuevos esquemas de tratamientos antimaláricos, para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum*, como los derivados de artemisininas, que han contribuido a la reducción de las complicaciones y mortalidad por malaria.



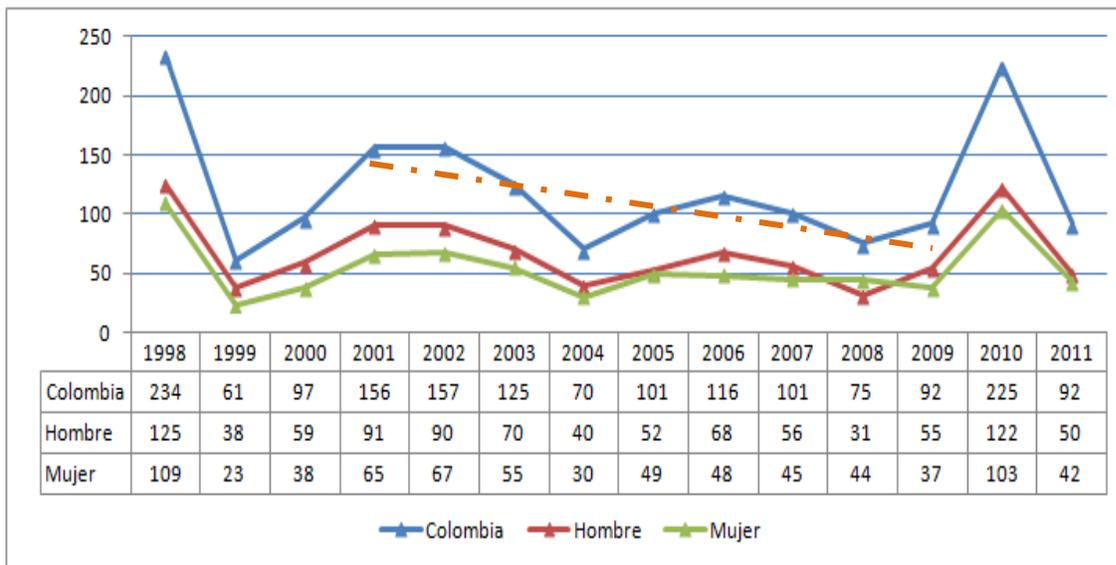
- Validación e introducción del uso de Pruebas de Diagnóstico Rápido de Malaria PDR, para mejorar la oportunidad al diagnóstico de la población migrante en áreas de difícil acceso.

## Dengue.

Entre los años 2010-2013 se redireccionó el subprograma de Dengue hacia acciones sostenibles de promoción y prevención, que han logrado reducir la presentación de casos de la enfermedad en el primer semestre de 2014.

Durante el año 2014 se realiza el proyecto de cambio climático, que como líneas estratégicas tiene: COMBI (investigación formativa y talleres COMBI), reducción de la Letalidad, estudio Serológico, capacitación en la guía Clínica de Dengue y auditoria de historia Clínica de dengue, monitoreo y evaluación, y sistema de información geográfica. Cubrió 21 DTS, de los departamentos y municipios con mayor carga de la enfermedad.

**Gráfico 16. Mortalidad por Dengue. 1998-2011**



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

## Chagas

En 2010 se inicia el plan escalonado de interrupción de la transmisión vectorial intradomiciliada en 37 municipios de los departamentos de Arauca, Casanare, Boyacá y Santander, en los cuales se implementaron acciones de control vectorial contiguas y continuas, de tamizajes serológicos en menores de edad.



Se inició la certificación de eliminación de Chagas en 14 municipios del país.

En el año 2012 se introduce la obligatoriedad de confirmar la enfermedad por banco de sangre y la orientación de los casos al sistema de atención clínica.

## **OTRAS PATOLOGIAS**

### **Tuberculosis**

#### **Gestión y Plan Estratégico Alto a la TB**

Asesoría, acompañamiento, capacitación, supervisión y seguimiento permanente a las 36 entidades territoriales en el tema de TB.

Formulación y divulgación a través de la Circular No. 01 de 2013 de los lineamientos programáticos para el manejo de la TB Farmacoresistente.

Implementación de los lineamientos y el plan estratégico Colombia Libre de Tuberculosis, los cuales fueron formalizados a través de la Circular 058 de 2009.

Asignación de transferencias nacionales por valor de: \$27.827.2 para el año periodo de la siguiente manera:

**Tabla 18. Transferencias Nacionales Tuberculosis**

2010	2011	2012	2013	2014	Total Millones
3.132.0	5.902.0	6.080.1	6.262.5	6.450.4	27.0827.2

Fuente : Dirección de Promoción y Prevención. MSPS

#### **ESTRATEGIA DOTS/TAES ( Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)**

Aumento en la captación de sintomáticos respiratorios, pasando de 322.026 en 2010 a 363.826 en 2013. Así mismo, se registró un aumento de 777.110 baciloscopias realizadas en 2010 a 919.460 en 2013.

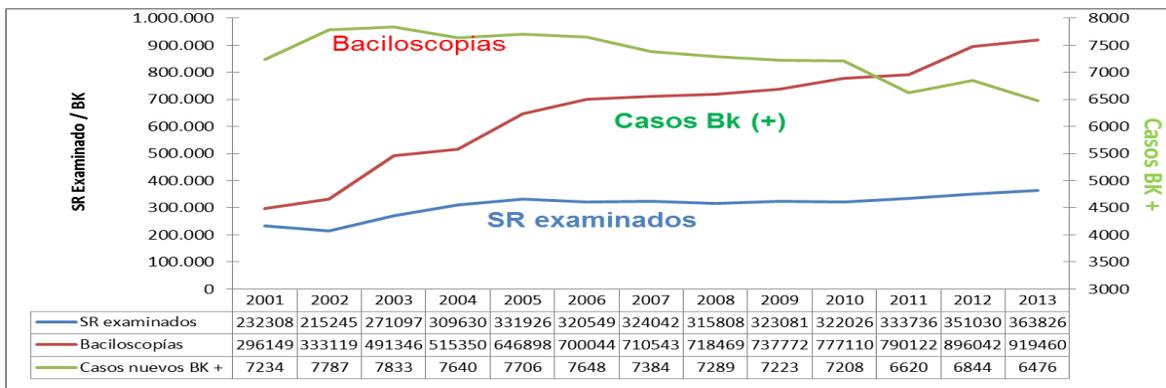
Se ha mantenido la detección de casos de TB en todas las formas en más del 70% durante el periodo.



Éxito terapéutico del 77% en la cohorte de pacientes detectados con baciloscopia positiva, el cual se ha visto afectado por el abandono terapéutico y el fallecimiento de algunos casos durante su tratamiento.

Suministro de medicamentos para cerca de 50.000 pacientes de manera permanente en todo el territorio nacional durante este periodo.

**Gráfico 17. Acciones Programáticas de Detección 2001-2013**



Fuente : Estadísticas Vitales DANE

### Coinfección y TB Fármaco Resistente

- Construcción y socialización del plan de actividades colaborativas.
- Ampliación de la cobertura de cultivo en varios grupos poblacionales. Aplicación de las pruebas de sensibilidad a fármacos antituberculosos en más del 60% de los casos previamente tratados y 20% de los casos nuevos.
- Implementación del Plan de expansión para el abordaje de la TB fármaco resistente y compra de medicamentos de segunda línea para la atención de más de 100 casos con TB multidrogo resistente.
- Disminución del más del 40% de la mortalidad por TB comparándolo con la línea de base de 1.990.
- Se continúa permanentemente trabajando con más de 20 pueblos indígenas para el abordaje intercultural e implementación del programa de TB con enfoque étnico.

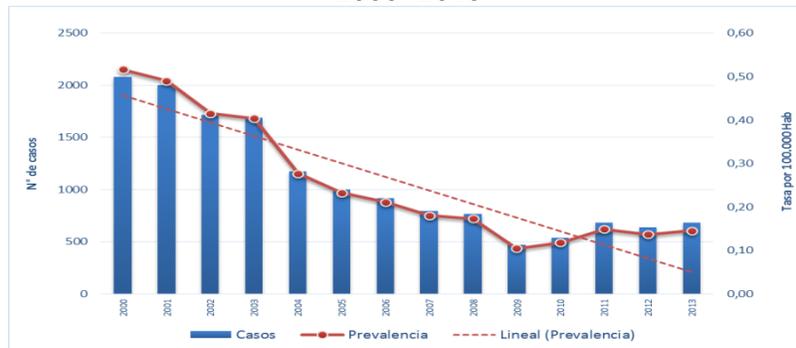


- Desarrollo de proyecto con Fondo Mundial para el Fortalecimiento del programa de TB en el litoral Pacífico (46 municipios)

## Lepra

Aunque Colombia eliminó la Lepra, como problema de salud pública en el año 1997, a nivel nacional y en 2008, en el nivel departamental, aún cerca de 60 municipios, cada año presentan una prevalencia por encima de 1 caso por 10.000 habitantes.

**Gráfico 18. Prevalencia de Lepra por 10.000 hab  
2000 -2013**



Fuente : Estadísticas Vitales DANE

Durante este periodo se registraron cada año más de 400 casos nuevos de Lepra, de los cuales 10% con discapacidad grado 2 y cerca del 70% multibacilares. Para todos los casos se ha garantizado la poliquimioterapia.

Asesoría, acompañamiento, capacitación, supervisión y seguimiento permanente a las 36 entidades territoriales en el tema de lepra.

Desarrollo de un sistema de información en web, para el levantamiento de base de datos de registros individuales de pacientes diagnosticados en los últimos 5 años; actualmente se han ingresado 1.110 casos a nivel nacional, de los cuales 169 se registraron en 2013.

Se inició, en el año 2013, un proceso para la certificación de la eliminación en Colombia por parte de la OPS-OMS.

Fortalecimiento del estudio de convivientes mediante la firma de convenios con sanatorios de Agua de Dios y de Contratación



## **Infección Respiratoria Aguda - IRA-**

Se han diseñado varias estrategias desde el Ministerio de Salud y Protección Social, para poder disminuir la morbilidad por IRA grave, así mismo, lograr la reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida Neumonía), buscando llegar a una mortalidad por Neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de cinco años, tal como está planteado para el año 2021 en el Plan Decenal de Salud Pública.

Entre las estrategias se encuentran:

- La priorización a 13 Entidades Territoriales de Salud para fortalecer las acciones para la prevención, manejo y control de la IRA. Estas entidades son: Amazonas, Antioquia, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar Choco, Guajira, Meta, Nariño, Putumayo, Valle del Cauca y Bogotá.
- Asignación de recursos para la promoción de la salud respiratoria, prevención y manejo adecuado de la infección respiratoria aguda con el fin de mitigar el impacto del cambio climático en la morbilidad grave y mortalidad por IRA. Mediante la resolución 4485 de 2012, se asignaron recursos a las entidades priorizadas
- El diseño, la implementación y seguimiento del programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA, en menores de 5 años, en Colombia.

## **Avances obtenidos en el marco del programa:**

- Gestión y concertación con autoridades territoriales y directivas de salud para reafirmar, el compromiso de todos los actores, frente a la implementación del programa de prevención y manejo de la IRA, en menores de cinco años, orientado por APS.
- Abordaje cualitativo a nivel comunitario con líderes identificados (Aplicación de encuesta a líderes y conversatorios en temas de salud enfermedad).
- Avances en el análisis de la situación de IRA, en menores de cinco años, en las dos áreas demostrativas.
- Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre IRA, en la comunidad de los barrios seleccionados.
- Inventario y caracterización de actores sociales e institucionales de los barrios seleccionados como áreas demostrativas.
- Seguimiento y monitoreo a avances del proyecto en las áreas seleccionadas.
- Visitas iniciales de evaluación y asistencia técnica a las IPS del primero y segundo nivel, de las áreas demostrativas, para verificar el cumplimiento a la aplicación de la estrategia Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia – AIEPI -, el diligenciamiento de los registros y la adherencia a la guía para prevención y manejo de la IRA en menores de cinco años.



- Capacitación en las prácticas clave de AIEPI Comunitario para evitar que los niños se enfermen, manejarlos bien en casa y saber cuándo consultar al médico.

## **Prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas -EID -**

Se ha avanzado en el proceso de priorización de las EID, en el territorio Nacional, en la formulación e implementación del Plan Nacional, Integral e Inter programático para la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2013-2017, y en el anclaje de éste al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual garantiza la apropiación del mismo por parte de las entidades territoriales. Dentro de los logros alcanzados se tienen:

- Formulación, lanzamiento e implementación del Plan Nacional integral e interprogramático para la prevención, el control y la eliminación de las EID 2013 – 2017.
- Desarrollo de experiencia piloto para el abordaje conjunto de las EID, en el departamento de Vaupés (Tracoma, Geohelmintiasis, Pediculosis; Escabiosis, Larva Migrans y Tungiasis).
- Certificación internacional por parte de la OMS de la verificación de la eliminación de la Oncocercosis en Colombia, siendo el primer país en el mundo en alcanzar esta meta.

Implementación de la estrategia SAFE, en el departamento de Vaupés, con los siguientes resultados:

- 65 cirugías para la corrección de Triquiasis Tracomatosa, de acuerdo con la técnica quirúrgica recomendada por la OMS, mediante la realización de 2 jornadas quirúrgicas.
- 5 Oftalmólogos y Cirujanos oculoplásticos, certificados por el Wilmer Eye Institute (Centro colaborador de OMS en Tracoma), en la técnica quirúrgica.
- Cobertura mayor al 90%, en las estrategias de Coadministración masiva de Azitromicina y Albendazol, en las poblaciones de riesgo para Tracoma y Geohelmintiasis, en el área rural del departamento, beneficiando más de 17.000 personas.
- 100% de comunidades indígenas del departamento (252), intervenidas con acciones de promoción de lavado de cara para retirar secreciones nasales y oculares (componente F de la estrategia SAFE).
- Delimitación del foco de Tracoma en el departamento.
- Certificación, por parte del Global Trachoma Mapping Project, de 7 entrenadores del nivel nacional en diagnóstico clínico de Tracoma.
- Elaboración de propuesta para la vigilancia de la Triquiasis Tracomatosa y la ceguera por Tracoma, para su anclaje al SIVIGILA (Pionero en América Latina).



- Realización de un grupo focal con pacientes y ex pacientes de Tracoma, para la construcción de una estrategia educativa para prevención de la ceguera por esta causa.

Frente al Control de las **Geohelmintiasis**, el país ha avanzado en:

- Construcción y difusión del Lineamiento Nacional de Desparasitación antihelmíntica masiva, en el marco de la estrategia “Quimioterapia preventiva antihelmíntica de la OMS”.
- Desarrollo de la Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal, en población en edad escolar, la cual proporcionó información de base para los Geohelmintos por provincias biogeográficas del país, última encuesta previa fue realizada hace más de 30 años.
- Elaboración de una propuesta para vigilancia de las complicaciones asociadas a alta intensidad de infección por HTS y el monitoreo del impacto de la desparasitación masiva en escuelas centinela, anclado al SIVIGILA.
- Aplicación del Programa de Donación de Albendazol de la OMS, dirigido a población en riesgo en edad escolar (5 a 14 años) de 14 departamentos, con la meta de desparasitar aproximadamente a 1000.000 de niños y niñas.

## **Prevención y Contención de las Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes – EIER -**

Al igual que las EID, las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, son un tema nuevo en la agenda de Salud Pública del país, los principales avances son los siguientes:

- Desarrollo de una metodología para la priorización de la EIER.
- Realización de un ejercicio técnico de priorización de las EIER en Colombia, con expertos de grupos de investigación, sociedades científicas, academia e instrucciones adscritas al MSPS.
- Elaboración del estado del arte de las EIER, socialización y validación con expertos de grupos de investigación, sociedades científicas, academia e instrucciones adscritas al MSPS, como punto de partida para la construcción del Plan Nacional de Prevención.

## **Zoonosis**

### **Fortalecimiento de la Gestión sectorial e intersectorial**

A través de la activación y gestión del Consejo Nacional de Zoonosis (CNZ), se ha realizado la revisión de las capacidades de las entidades, el análisis del comportamiento de los eventos zoonóticos priorizados y la articulación de la gestión de estas entidades, a fin de dar una respuesta oportuna, efectiva y coordinada,



destacándose como producto relevante los siguientes documentos: Plan nacional interinstitucional de los sectores ambiental, agropecuario, salud y defensa para la prevención, manejo y control del caracol y, Plan de fortalecimiento y seguimiento a las capacidades establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005)

### **Formulación de políticas y lineamientos:**

Para este periodo, se ha trabajado la modificación del decreto 2257 de 1986, “*Por el cual se Reglamentan Parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 09 de 1979, en cuanto a investigación, Prevención y Control de la Zoonosis*”, proceso que viene siendo trabajo en coordinación con el Consejo Nacional de Zoonosis, contando con los aportes de las DTS.

Producto de la gestión adelantada se han formulado los siguientes lineamientos:

- Metodología para la estimación dinámica poblacional de perros y gatos a nivel municipal.
- Manual técnico administrativo de la gestión y uso del biológico antirrábico en perros y gatos
- Manual para el control integral de roedores
- Lineamientos para la inspección, vigilancia y control de los establecimientos veterinarios y afines
- Reglamento Interno para el funcionamiento del Consejo Nacional de Control de Zoonosis y los Consejos Territoriales de Zoonosis
- Lineamientos para el funcionamiento de los centros de zoonosis
- Documento en el que se propone una Estrategia de Vigilancia de Síndrome Febril para enfermedades de origen zoonótico.

### **Asistencia técnica y cooperación a las DTS del orden departamental, distrital y municipal**

Con el propósito de fortalecer las capacidades nacionales y territoriales en materia de promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de zoonosis, se brindó cooperación y asistencia técnica a las 37 DTS, estableciéndose reuniones nacionales en la ciudad de Bogotá, en donde hubo participación de las 32 DTS departamentales, 5 distritales y 32 ciudades capitales; sesiones virtuales, en las que participaron igual número de DTS, información que se muestra en la siguiente tabla con fecha de corte 6 de junio de 2014.

**Tabla 19. Cooperación y Asistencia Técnica**

Número de DTS	Número total de presenciales	No. de Reuniones Nacionales de Zoonosis	No. de sesiones virtuales de trabajo
37	103	4	10

Fuente : Dirección de Promoción y Prevención MSPS



Como resultado de este proceso continuo y sistemático, se identificaron las principales necesidades de los territorios, identificando para cada DTS, sus necesidades de asistencia técnica, así como las deficiencias o necesidades territoriales que eran común a todos, deduciendo que requerían una estrategia y lineamiento de política desde el nivel nacional y que sirvió como base para la formulación de los lineamientos ya mencionados.

## Gestión de insumos

En cumplimiento de las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001, al igual que las establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, hoy Plan Decenal de Salud pública y en el Decreto 4107 de 2011, el Ministerio ha adquirido y distribuido biológicos antirrábicos de uso en humanos y el biológico de uso en perros y gatos. En la siguiente tabla se describen las cantidades de insumos adquiridos y distribuidos a las DTS

**Tabla 20. Insumos Adquiridos y Distribuidos a DTS**

Insumo	Cantidades adquiridas y distribuidas			
	2011	2012	2013	2014
Vacuna antirrábica humana	70.000	70.000	110.000	110.000*
Suero Antirrábico humano	10.000	10.000	14.000	15.000 *
Vacuna antirrábica de uso en perros y gatos	3.500.000	3.500.000	4.750.000	2.000.000**

Fuente: Subdirección de Salud Ambiental – Ministerio de Salud \* A la fecha se ha recibido el 50% de estos insumos. \*\* En proceso de adquisición

Otros insumos y elementos distribuidos a las 37 DTS departamentales y distritales de salud se relacionan en la siguiente tabla:

**Tabla 21. Otros Insumos y Elementos Distribuidos**

Mallas de niebla	Vampiricida	Guías de atención PAPAPTR*	Cartilla tenencia responsable de perros y gatos	Afiches atención integral PAPAPTR	Afiches leptospirosis	Plegables accidente ofídico	Termos transporte de vacuna
552	785	13.000	14.200	22.000	10.000	10.000	600

Fuente: Subdirección de Salud Ambiental – Ministerio de Salud

## Gestión y situación de zoonosis

Para el periodo 2011, 2014, se tienen los siguientes datos y cifras



**Tabla 22. Coberturas de Vacunación de Perros y Gatos contra la Rabia**

Año	Censo	Número de animales vacunados	Cobertura
2011	4.601.536	3.392.876	73,73
2012	5.168.165	3.676.350	71,13
2013	5.365.430	3.639.101	67,82

Fuente: Subdirección de Salud Ambiental – Ministerio de Salud

Dentro del análisis realizado por la Subdirección de Salud Ambiental, respecto de las coberturas de vacunación departamental y distrital, se tiene que los departamentos de Putumayo, Santander, Antioquia, Tolima, Casanare, San Andres, y los distritos Bogotá y Cartagena tienen promedios de vacunación por debajo del 50% para el periodo 2011 – 2013.

## 2.5 Salud Sexual y Reproductiva–SSR-

Se diseñó el documento CONPES Social 147 de 2012, que establece lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

Con la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, se ha desarrollado una estrategia de territorialización del CONPES 147, conformando un equipo de trabajo especializado para este fin, que cuenta con 19 coordinaciones regionales, esto ha permitido realizar un proceso de sensibilización a gobernantes.

En 2012 se suscribieron agendas con 32 departamentos, 13 municipios, principalmente ciudades capitales, para incluir la problemática del embarazo en adolescentes en sus planes de desarrollo, adicionalmente se cuenta con 8 documentos técnicos, con los lineamientos para fortalecer la gestión técnica, política y operativa a nivel territorial.

Se adelantó el fortalecimiento y la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Jóvenes, para la garantía del derecho a la salud, a la información y a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven. El Ministerio hace presencia en todos los departamentos del país y cerca del 75% de los municipios; la estrategia ha implicado la asistencia técnica a más de 20 Direcciones Territoriales de Salud y capacitación en el Modelo de Salud Sexual y Reproductiva SSR y Derechos Sexuales y Reproductivos –DSR-, al personal asistencial y administrativo. A cierre de 31 de enero de 2013, se cuenta con 818 servicios amigables



a nivel nacional en las tres modalidades definidas por el modelo: unidad amigable, centro amigable y consulta diferenciada.

Adicionalmente, durante los últimos años, en cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los tratados internacionales de Derechos Humanos y de la normatividad nacional, en el cuatrienio reportado, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha fortalecido la línea de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida en el Grupo de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Promoción y Prevención, siguiendo los cuatro objetivos del Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida: detener la epidemia, detección temprana, detener la progresión y aparición a resistencias a tratamiento antirretroviral –TAR -, monitorear y evaluar.

La prevalencia de VIH en población entre 15 y 49 años, está por debajo del 1% (0,45% para el año 2013), la cobertura de tratamiento antirretroviral se encuentra en 88% y la tasa de mortalidad por Sida pasó de 5,23 a 4,76 por 100.000 habitantes. La prevalencia mediana de infección por VIH, en la población de mujeres trabajadoras sexuales, es de 1.1% (en comparación con 4,2 en 2008. En la ciudad de Barranquilla, se encontró la prevalencia más alta, Bucaramanga y Cali presentaron prevalencias superiores al 1%, mientras que Bogotá y Medellín, tuvieron prevalencias menores al 1%.

La estrategia, para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, obtuvo una disminución del porcentaje de transmisión de 2010 a 2011 de 5.3% a 4.6%. La meta es llegar a un porcentaje del 2% o menos, para el 2015. Este indicador mide el porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil, con respecto al total de niñas y niños expuestos (hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación), en un periodo determinado y, tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud, para dar acceso a diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en los programas de control prenatal.

## **2.6 Vida saludable - Condiciones No Transmisibles, Salud Mental y Convivencia Social.**

Los lineamientos y estrategias que se planean y desarrollan en este contexto, se realizan a partir de la estrategia 4 x 4, planteada por la OMS/OPS, que involucra el control al consumo de Tabaco, al consumo de Alcohol, fomentar la actividad física y la alimentación saludable, para evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias inferiores, así mismo se reconocen factores intermedios que pueden proteger o vulnerar a las personas con alguna de estas condiciones como son la salud mental, la salud bucal, la salud visual y la salud auditiva.



El desarrollo de los procesos se realiza a partir de 3 grupos de trabajo; 1 grupo: modos, condiciones y estilos de vida, el cual planea, desarrolla y realiza seguimiento a un conjunto de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que se gestionan a nivel sectorial, intersectorial y comunitario para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida en los entornos cotidianos, el 2 grupo: condiciones crónicas prevalentes que planea, desarrolla y realiza seguimiento a un conjunto de respuestas integrales del sector salud y de coordinación transectorial y comunitarias, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de este grupo de condiciones no transmisibles, así como los factores intermedios y el 3 grupo: gestión integrada para la salud mental.

Teniendo en cuenta la estructura de acción planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social, para prevenir y reducir la carga de las enfermedades Crónicas y los factores de riesgo, articulada a las estrategias y posturas de los convenios marco, declaración y pactos internacionales; los resultados obtenidos en cada línea se resumen en:

## **Modos condiciones y estilos de vida**

### **Universidades Saludables**

- Coordinación con la Red Nacional de Universidades Promotoras de la Salud REDCUPS, que agrupa alrededor de 50 universidades en el país. A lo largo del 2011, se consolidaron las bases técnicas para el desarrollo y ampliación de la Estrategia y la promoción de estilos de vida saludable –EVS- y se estableció, en forma participativa, un plan de acción MSPS-REDCUPS para el año 2012.
- Conformación de tres nodos regionales de Universidades Promotoras de Salud - UPS, en el Valle del Cauca, Antioquia y el Eje Cafetero.
- Elaboración de la Guía para la evaluación y fortalecimiento de las Universidades Promotoras de Salud - UPS y del instrumento de “Diagnóstico rápido de las UPS”, los cuales permitirán establecer el avance de las Universidades y sus necesidades de asistencia.
- Desarrollo del Programa de reducción de consumo de alcohol en universidades (pactos por la vida).
- Desarrollo de la primera fase del sistema de acreditación para universidades saludables.

### **Entornos Laborales Saludables**

- Diseño e Implementación de estrategia de organizaciones saludables al interior del MSPS. Análisis de situación, Fase Riesgo Cardio Vascular.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

Articulación con Política de Desarrollo de Talento Humano . Dotación para MSPS. Diseño de la Intervención.

- Identificación de factores de riesgo para Enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT - en población trabajadora del MSPS (Institución piloto) realizada por la FUCS, U. Andes, FCI, UMNG, U. Rosario. Bioquímica, Antropometría, y CAP (803 funcionarios).
- Definición de hoja de ruta por fases y procesos con la participación de diferentes instancias técnicas y administrativas del MSPS.
- Acompañamiento técnico para la implementación de la estrategia Organizaciones Saludables, en 5 Ministerios.

### **Espacio Público Saludable**

- Coordinación de la mesa técnica de Ciudades Saludables, en el Seminario de Investigación Urbana y Regional ACIUR. Participación en la convocatoria, revisión y selección de las ponencias.
- Definición del marco normativo y conceptual y de la hoja de ruta, para el ajuste de los Planes de Ordenamiento Territorial – POT - , para la generación de Estilos de Vida saludable – EVS - .
- Diseño de propuesta para el desarrollo de la dimensión vida saludable en los POT, para la ciudad y los territorios rurales saludables.
- Definición de buenas prácticas para actividad física y urbanismo nacional.
- Diplomado Pactos comunitarios por la vida (Acciones de movilización y control social para el consumo problemático de alcohol en entornos comunitarios).
- Elaboración de lineamientos técnicos para la formulación de proyectos para la promoción de la convivencia y prevención de la violencia, dirigidos a los entes territoriales; a ser financiados con el impuesto a municiones y armas.
- Definición y estructuración del proyecto Alcohol y seguridad vial.
- Elaboración de Lineamientos para proyectos territoriales de convivencia en el espacio público- "convivencia y cultura ciudadana".
- Aportes a Conpes de vivienda, espacio público, transporte.

### **Vivienda Saludable**

Se desarrolló el estudio para el fortalecimiento de la gestión de entornos urbanos en relación con las prácticas saludables en el contexto de Colombia realizado con la Fundación Ciudad Humana y la Organización Panamericana de la Salud para apoyar la gestión que se adelanta en los entornos para los estilos de vida saludable.

De otra parte, se incluyó en la actualización de las tecnologías en salud de la Comisión de regulación en salud – CRES -, los servicios de consejerías para el fomento y la



promoción de EVS y se elaboró el lineamiento técnico para el fomento de la actividad física en el país.

Así mismo, se expidió la Circular No. 41 del 19 de julio de 2011, firmada por el Ministro de la Protección Social, en donde se establecen las obligaciones de las Entidades Territoriales, para garantizar el cumplimiento de las medidas y prohibiciones que ordena la Ley 1335 de 2009 y los aspectos relacionados con la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Por último, se elaboró el Manual para realizar las mediciones de ambientales de nicotina en convenio con el Instituto Nacional de Cancerología y se capacitó a actores clave para realizar dichas mediciones ambientales.

### **Condiciones crónicas prevalentes**

- Se realizó gestión para el desarrollo de guías clínicas de Hipertensión arterial, Síndrome coronario agudo, cáncer de colon, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de piel (melanoma), leucemia en adultos, linfoma en adultos, esquizofrenia.
- Se realizó el estudio descriptivo sobre la situación de la gestión de riesgo en los procesos de atención integral para Enfermedades no transmisibles -ENT-, en una experiencia piloto realizada en una EPS del Régimen Contributivo y una EPS del Régimen Subsidiado.
- Propuesta de un sistema de seguimiento a la intervención, gestión y resultado para el manejo de riesgo de las ECNT y sus factores de riesgo; en ella se realiza una búsqueda de indicadores de estructura, proceso y resultado sobre ENT o sus factores de riesgo.
- Elaboración de un Plan de mejoramiento de la gestión de riesgo en los procesos de atención ambulatoria y domiciliaria de las ENT para EPS.
- Elaboración de un Instrumento de evaluación de las capacidades de los aseguradores, para la gestión de riesgo en los procesos de atención.
- Elaboración de un Plan de acción Interdirecciones – MSPS -, para la gestión de riesgo, en la cual se definen productos a corto y mediano plazo que permitirán, de manera articulada, mejorar y facilitar la respuesta frente ENT y sus factores de riesgo por parte de los aseguradores.
- Elaboración de propuesta de hoja de ruta de las TICS como apoyo al proceso de implementación de la estrategia de Atención primaria en Salud –APS- de las ENT en los territorios.

### **Control de Cáncer**

- En el año 2011, se gestionó la creación de un centro de referencia con el apoyo de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, para entrenar al personal



de salud, profesional y tecnólogo, en la detección temprana de cáncer de mama y se diseñaron los cursos para médicos generales, radiólogos, físicos médicos, tecnólogos. Se realizó un curso de capacitación a 20 médicos docentes universitarios, con el propósito de brindar herramientas para el entrenamiento a profesionales de la salud en formación y médicos generales de las diferentes regiones.

- Se distribuyó el manual de control de calidad para servicios de mamografía analógico, a los centros monográficos de las regiones priorizadas a nivel nacional; se hizo seguimiento a la implementación de indicadores de cobertura de calidad y seguimiento del programa piloto y se generaron las recomendaciones de ajuste.
- Finalmente, se resalta la Inclusión de la mamografía y la biopsia de mama para efectos de tamizaje en el POS, del régimen subsidiado, las Pruebas de ADN/VPH y las Técnicas de Inspección visual, con ácido acético y lugol, en el POS de ambos regímenes y, la expedición de la Resolución que conforma el Consejo Nacional de Cáncer Infantil y establece los parámetros para la creación de los consejos Departamentales.
- Se logró la inclusión de 23 de 50 tecnologías en Salud sugeridas, en la unificación del POS plasmado en los Acuerdos 29 y 30 de 2011, para el mejoramiento de la atención integral de Cáncer, hipertensión, diabetes, en sus componentes de promoción, tratamiento y rehabilitación.
- Se definieron los criterios y contenidos requeridos para las unidades de Rehabilitación Cardíaca (Fundamentales para el control de cardiopatías de todos los tipos) y se suscribieron 10 alianzas con sociedades científicas, instituciones nacionales y gremios en torno de Unificación y homologación del POS, que generan compromiso de las mismas frente al mejoramiento de la atención de estas enfermedades y sus factores de riesgo.
- Se elaboraron 12 actos administrativos de reglamentación de las leyes 1384 y 1388 de 2010.
- Se trabajó con el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, en el plan de acción para garantizar la atención integral y de calidad en los niños con leucemias agudas pediátricas 2013 y 2014, logrando avances como:  
a) Apoyar y poner en marcha el programa de seguimiento y monitoreo de atención al cáncer infantil. b) Propuesta de ruta de atención para el cáncer infantil. c) Aportes a la construcción de estándares para habilitación de las UACAI, unidades de atención de cáncer infantil.
- Definición del observatorio nacional de cáncer con la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS, el INC y el INS.
- Socialización del plan decenal para control del cáncer, con la participación de 18 fundaciones, para establecer mecanismos de cooperación y participación social, que permitan desarrollar acciones estratégicas para el control del Cáncer.
- Actualización de los códigos de procedimiento CUPS para la atención del Cáncer.



- Programa Piloto Técnicas de Inspección Visual y Crioterapia “Estrategia Ver y Tratar”, en poblaciones vulnerables, con dificultades de acceso a los servicios y problemas para el seguimiento.
- Se construyó el Documento guía metodológica para el observatorio nacional de Cáncer, con las diferentes direcciones del Ministerio, el INC y el INS, el cual contempla indicadores de incidencia de casos, mortalidad, seguimiento para la prevención, detección temprana y tratamiento integral del Cáncer.

### **Salud Cardiovascular y Diabetes**

- Versión avanzada del plan decenal para la salud cardiovascular y la diabetes 2013-2023.
- Análisis de situación de mortalidad de las enfermedades cardiovasculares en Colombia durante el periodo 2005-2010 a partir de datos extraídos en SISPRO.
- Lanzamiento de las guías de práctica clínica para: Hipertensión arterial - HTA-, evento coronario agudo.
- Evaluación y selección de las propuestas para la elaboración, durante el 2014, de las siguientes Guías de Atención Integral – GAI-: Diabetes mellitus tipo I y II, Diabetes Gestacional y Obesidad.

### **Salud Visual**

- Elaboración del primer manual de prevención de ceguera para Colombia.
- Elaboración de lineamientos técnicos para el abordaje de acciones promocionales territoriales de salud visual, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC -.
- Elaboración de guía documento marco conceptual de salud visual para los territorios.
- Actualización de códigos CUPS, relacionados con salud visual.
- Elaboración de documento técnico para el bordaje preventivo de la retinopatía del prematuro, articulación con la oficina de promoción social para continuar con la implementación del programa de prevención de ceguera por retinopatía del prematuro.
- Se realizaron aportes al proceso de actualización del POS, en todo lo relacionado con servicios de salud visual - optometría y oftalmología y suministro de lentes y monturas.
- Gestión para la inclusión de la guía de práctica clínica de Defectos de refracción, en la convocatoria 637 de Colciencias año 2013, se participa en el proceso de evaluación, pendiente por definir el operador de la misma.



## Salud Auditiva

- Elaboración del documento "somos todo oídos", como manual de buenas prácticas para la salud auditiva y comunicativa.
- Estructuración del programa de atención integral en salud auditiva y comunicativa, para las acciones territoriales.
- Proyección de la norma técnica de detección temprana de los desórdenes del sistema auditivo.
- Elaboración del documento "oye comunícate y vive un entorno laboral saludable"
- Actualización de CUPS.
- Participación en la mesa sectorial del MSPS para el abordaje de las ENT y la discapacidad en torno a la reglamentación de la ley 1618 de 2013, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

## Gestión Integrada para la Salud Mental

- Diseño e implementación de la Estrategia Nacional para la prevención y reducción del consumo problemático de alcohol.
- Creación de equipos territoriales de atención y gestión para las personas afectadas por la Ola Invernal.
- Formación y capacitación a las entidades territoriales, en lo relacionado con prevención y atención en Salud Mental y Sustancias Psicoactivas.
- Desarrollo de estrategias para la prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas: "Comunidades que se cuidan", "Habilidades para la vida", "La prevención en manos de los jóvenes" y "Familias Fuertes" entre otras.
- Implementación de estrategias de mitigación del consumo de Sustancias Psicoactivas: ZOE (Zonas de Orientación Escolar), ZOU (Zonas de Orientación Universitaria), ZOL (Zonas de Orientación Laboral), CE (Centros de Escucha), entre otras.
- Observatorio Nacional de Salud Mental y sustancias psicoactivas y plataforma spacio.gov.co, como herramientas de gestión del conocimiento y de los sistemas de información.
- Generación de sistemas de información en sustancias psicoactivas, difusión e implementación territorial conjuntamente con el Ministerio de Justicia y del Derecho: SUICAD (Sistema único de indicadores de Centros de Atención de Drogas) y SUISPA (Sistema único de indicadores en Sustancias psicoactivas).
- Diseño e implementación inicial del Plan Nacional de Respuesta al consumo emergente de Heroína.
- Fortalecimiento del proceso de asesoría, atención e información de consultas sobre consumo de sustancias psicoactivas y salud mental a la comunidad en



general, a través de la operatividad y posicionamiento de la Línea Nacional Gratuita de Orientación en Drogas y Salud Mental.

- Apoyo a la reglamentación de la Ley 1414 de 2010, por la cual se garantiza la atención integral a las personas con epilepsia. Se elaboró un modelo de atención integral a las personas con epilepsia con énfasis en el primer nivel de atención.
- Actualización de los contenidos de salud mental del POS, (Acuerdo 029 de 2011 y Resolución 5521 de 2013).
- Guías de práctica clínica: Alcohol, Depresión: Terminadas. Esquizofrenia y epilepsia: En construcción.
- Modelos de atención para suicidio, trastorno de la conducta alimentaria, violencia escolar por pares, para población indígena con énfasis en suicidio y para víctimas del conflicto armado.
- Lineamientos técnicos para la formulación de un modelo de promoción de la salud mental.
- Manuales de procesos y procedimientos para Hospital Día, Unidades de Salud Mental y Clínica Psiquiátrica.
- Reglamentación de la Ley 1616 de 2013, y actualización de la Política Nacional de Salud Mental de 1998.
- Actualización de estándares de habilitación de servicios en salud mental (Resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014).
- Formación piloto en la Guía MhGAP (Programa de Acción Mundial para la superación de Brechas de Atención en Salud Mental) para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en el nivel de atención en salud no especializado.
- Estudio Nacional de Salud Mental 2014, en asocio con Colciencias.
- Trabajo técnico conjunto con el Instituto Nacional de Salud, para el diseño e implementación de protocolos de vigilancia en Salud Mental (Conducta suicida, consumo nocivo de alcohol, trastornos de la conducta en la infancia, uso de drogas inyectables).
- Diseño de la estrategia de Gestión del Riesgo en Salud Mental en sus componentes institucional y comunitario.

## **Procesos transversales de soporte para el desarrollo de los tres componentes**

### **Seguimiento y monitoreo**

- Se realizó Documento Marco para las ENT, articulado con documento de U. Valle.
- Evaluación y sistematización de la experiencia “Estrategia promocional de EVS”.
- Definición de Metas, indicadores, fuentes y líneas de base para monitorear PDSP. Documento, soporte de evidencia.



- Construcción de Plan Regional de ENT.
- Se construyó líneas de Base para seguimiento PDSP, en la dimensión de ENT.
- Documento con proyecciones del comportamiento de la mortalidad por ENT, para los próximos 10 años a nivel nacional y departamental.
- Documento técnico y operativo para profundizar el análisis de situación de Salud de las ENT con enfoque de equidad.
- Apoyo técnico para la elaboración de protocolos de 11 Encuestas Nacionales, en el componente de ENT y sus factores asociados.
- Adicional a los avances en la reglamentación de la Ley 1355 de 2009, sobre obesidad; en julio de 2011, Colombia firmó el compromiso de disminuir la morbimortalidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, a través de la estrategia de reducción de sal/sodio en los alimentos que consume la población y alcanzar progresivamente la recomendación de la OMS (5 g sal ó 2 g sodio/ persona/día). A fin de cumplir dicho compromiso, elaboró un plan preliminar, como iniciativa de país para la identificación de la situación nacional de la ingesta de sodio, las fuentes alimentarias, su contenido en los alimentos de mayor consumo y los conocimientos, actitudes y comportamientos del consumidor.

### **Inspección Vigilancia y Control**

- Elaboración de reglamento del contenido de grasas trans y grasas saturadas (artículos 7°, 8° y 10° de la Ley 1355 de 2009, que declara la Obesidad como una enfermedad de interés en salud Pública). Este proyecto de reglamento, en este momento, está en consulta pública internacional.
- Elaboración de un Manual para realizar las mediciones de ambientales de nicotina. (Convenio 199 MPS INC).
- Diseño y producción de 6 nuevas advertencias sanitarias para el etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco (2012-2013).
- Evaluación del etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco que se comercializan en el territorio nacional para el período (2011-2012) y 2010-2011. más de cien productos.
- Expedición del Decreto 120 de 2010, que tiene por objeto “proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol.
- Circular 08 de 2008, “Mediante la cual se establece la notificación obligatoria de Leucemias Pediátricas dentro del SIVIGILA, por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud”.
- Se expidió la Resolución 163 del 2 de Febrero de 2012, por la cual se reglamenta el Consejo Nacional y Departamental de Cáncer Infantil, se realizó la convocatoria a las diferentes entidades participantes para que deleguen a sus representantes.



- Se expide la Resolución 2590 del 31 de Agosto del 2012, por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el número Único nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010.
- Validación del Manual de Gestión sobre Inspección vigilancia y control de la Ley 1335 de 2009.

### **Información, Educación, Comunicación y Movilización Social**

Desarrollo de intervenciones en Información Educación y Comunicación - IEC, para mejorar la información al público a través de iniciativas como:

- Plan, piezas comunicacionales para medios masivos en factores de riesgo: alimentación saludable, actividad física, lactancia, agua potable.
- Estrategia comunicacional: generación MAS.
- Estrategias Parques y Playas libres de humo.
- IEC para jóvenes en medios electrónicos. Material Mundial Sub 20 (Muriel James Rodriguez Valencia y 114 health (Messi) y selección femenina juvenil.
- Material promocional y de medios. Convenio 252 con sistema nacional de deporte.
- Producción y difusión de cartillas “COME BIEN SIENTETE BIEN”. Acemi y sociedades científicas. Producción de recetarios.
- Construcción de una propuesta técnica de Movilización Social- Cultural para promoción de EVS en población juvenil de 10 ciudades capitales de departamento del país.
- Diseño de una campaña de Movilización Social, para la prevención del sobrepeso y la obesidad para la Semana de Estilos de Vida Saludable.
- Diseño y Definición de contenidos para la página Web de la SENT.
- Elaboración de la primera edición del Boletín con contenidos técnicos de la gestión de los diferentes temas.
- Realización de diferentes eventos para el lanzamiento de plan decenal de cáncer, y socialización de lineamientos técnicos de los diferentes temas que se abordan desde la SENT (EVENTOS, FACTORES DE RIESGO).

### **Asesoría, Cooperación y Asistencia Técnica**

- Apoyo en capacitación a territorios en control de tabaco a través de cursos virtuales.
- En el año 2011, 600 profesionales capacitados en dermatología sanitaria-cáncer de piel.



- En el 2012, 300 profesionales capacitados y 800 estudiantes de medicina y docentes.
- Virtualización Curso ENT.
- Primera capacitación a un grupo de facilitadores en las guías MhGAP.

## 2.7 Farmacodependencia

En lo corrido de las vigencias 2010 a 2013 el Fondo Nacional de Estupefacientes cofinanció 40 proyectos, por valor de \$2.896.7 millones, beneficiando 42 municipios del territorio nacional. Durante 2013 fueron cofinanciados 14 proyectos, por valor de \$952.7 millones, beneficiando 16 municipios.

Los programas de prevención de la Farmacodependencia cofinanciados por la Unidad, están enfocados en su mayoría al uso adecuado del tiempo libre, al aprendizaje de oficios y labores para la vida, el desarrollo de habilidades cognitivas en artes, música, manualidades, etc., beneficiando en su mayoría a niños y jóvenes de los establecimientos educativos oficiales en riesgo de abuso de drogas y a población en estado de vulnerabilidad.

La siguiente tabla muestra la totalidad de proyectos cofinanciados por el Fondo durante el período, los municipios beneficiados y el valor de la cofinanciación entregada.

**Tabla 23. Proyectos Cofinanciados 2010- 2013**

Vigencia	Número de Proyectos ejecutados	Municipios beneficiados	Departamento beneficiado	Cofinanciación Millones de \$
2010	6	Cinco municipios beneficiados, así: Toca, Bojaca, Ciénaga de Oro, Armenia y Somondoco.	Boyacá, Cundinamarca, Córdoba y Quindío.	429.3
2011	7	Nueve municipios beneficiados, así: Macaravita, Piedecuesta, Ipiales, Armenia, Flandes, Melgar, Ibagué, Tenjo, Jamundi:.	Santander, Nariño, Quindío, Tolima, Valle del Cauca.	494.8
2012	11	Diez municipios beneficiados así: Curití, Barichara, Puerto Boyacá, Leticia, Jamundi, San Pelayo, Lebrija, Chía, Sogamoso y Facatativá.	Santander, Boyacá, Amazonas, Valle del Cauca, Córdoba, Cundinamarca y Boyacá	924.7
2013	16	Dieciocho (18) municipios, así: Cereté, Guateque, Corrales, Chucuri, La Belleza, Murillo, Hatonuevo, Tierralta, La Paz; Chiquiza, Ariguaní, La Tebaida, Circasia, Calarca, Montería, Hato, Girón y Duitama.	Quindío, Córdoba, Boyacá, Magdalena, Santander, Tolima, Guajira y Cesar	1.047.6

Fuente: FNE.

En lo corrido del período 2013 – 2014 se han cofinanciado los siguientes proyectos, cuyos convenios se encuentran suscritos, ejecutados o en ejecución



**Tabla 24. Proyectos Cofinanciados 2013- 2014**

No	Identificación del Proyecto Aprobado	Municipio Beneficiado	Fecha de Suscripción del Convenio	Cofinanciación Solicitada Millones de \$
1	Estampas Corraleñas	Corrales/Boyacá	19 de junio de 2013	48.0
2	Cuida tu cuerpo, ama la vida, únete al parche	Chucuri/Santander	22 de junio de 2013	119.4
3	Prevención y Control de consumo de Sustancias Alucinógenas	La Belleza/Santander	11 de julio de 2013	39.2
4	Implementación de una estrategia de información educación y comunicación para la prevención del consumo de sustancias	Murillo /Santander	16 de julio de 2013	38.8
5	Promoverte es Cultura	Hatonuevo/Guajira	27 de agosto de 2013	76.8
6	Con música de paz estudiantes, profesores padres de familia y comunidad previenen la drogadicción	Tierralta/Cordoba	5 de septiembre de 2013	40.0
7	La Paz esculpiendo paz	La Paz/Cesar	4 de septiembre de 2013	80.0
8	Implementación de estrategias y acciones de promoción y prevención para la disminución de los hábitos de consumo de alcohol y otras sustancias.	Chíquiza/Boyacá	9 de septiembre de 2013	70.0
9	Programa de Apoyo y prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.	Ariguani/Magdalena	18 de septiembre de 2013	79.6
10	Quindío Joven Actuando hacia el Futuro	La Tebaida, Circasia y Calarcá /Quindío	25 de septiembre de 2013	123.7
11	Prevención de la drogadicción y promoción de la salud a través del arte en estudiantes de educación secundaria.	Montería/Córdoba	7 de octubre de 2013	48.6
12	El deporte practicando y las drogas desechando	Hato/Santander	8 de octubre de 2013	38.0
13	Porque amo a Girón desarmo mi corazón	San Juan de Girón/Santander	18 de octubre de 2013	80.0
14	Vive la Cultura-Duitama creativa e imaginativa	Duitama/Boyacá	22 de octubre de 2013	70.0

Fuente: FNE.



## 2.8 Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN-

A través del Plan Decenal de Salud Pública en la Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional para garantizar el derecho a la alimentación sana, con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial, los resultados obtenidos se resumen en 5 líneas de trabajo:

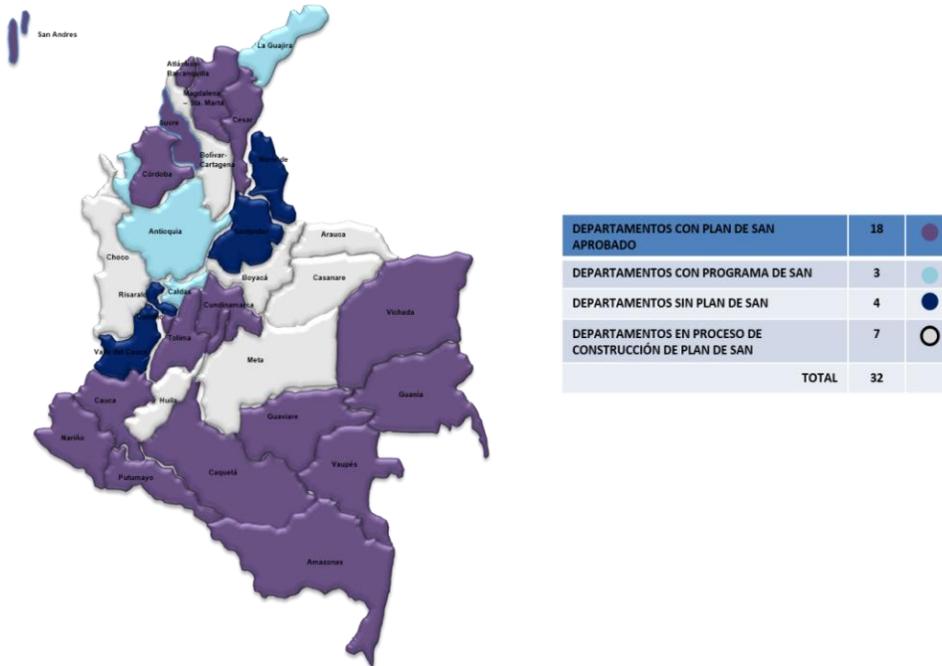
### **LINEA DE ACCIÓN 1. Gestión de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional**

#### **Estrategia 1.1: Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional**

##### **Logros o resultados relevantes:**

- Cooperación técnica bilateral a 32 departamentos y 3 Distritos, para el desarrollo de capacidades en seguridad alimentaria y nutricional que permiten a los departamentos generar escenarios institucionales para dinamizar el tema en la región.
- Concreción de espacios institucionales denominados Consejos o Comités departamentales de SAN, conformados por delegados de las diferentes secretarías de despacho de las entidades territoriales con el ánimo de conformar espacios formales para la discusión en la etapa de construcción del ciclo de política pública de SAN en la región.
- Asistencia técnica a 32 departamentos para la construcción participativa e implementación de los planes departamentales de Seguridad Alimentaria y Nutricional: 18 departamentos con planes de SAN aprobados, 3 departamentos con programas de SAN, 7 departamentos en proceso de construcción de Plan de SAN para un total de 28 departamentos con procesos en SAN.

**Gráfico. 19. Planes Departamentales de Seguridad Alimentaria y Nutricional**



### Estrategia 1.2: Diseño e implementación del Sistema Nacional de Seguimiento y Evaluación del PNSAN 2012-2019

#### Logros o resultados relevantes:

- Modelo del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Plan Nacional de SAN 2012-2019
- Apoyo a la gestión y aprobación de la evaluación del CONPES 113 y a la gestión de la Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial de SAN presidida y liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social
- Selección y clarificación de políticas, programas y acciones que dan cumplimiento PNSAN
- Proceso para la formulación estratégica del PNSAN y su seguimiento
- Desarrollo de la primera fase con el montaje de la plataforma en línea y el desarrollo de un conjunto inicial de módulos, instalada en los servidores del Ministerio de Salud y Protección Social.



### **Estrategia 1.3: Lineamientos de Política Pública en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Grupos Étnicos en el marco del Plan Nacional de SAN 2012-2019:**

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Aprobación de los lineamientos de Política Pública en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Grupos Étnicos en el marco del Plan Nacional de SAN 2012-2019 en sesión directiva de la CISAN del 04 de marzo de 2014
- Recolección de oferta programática (programas, proyectos, acciones en SAN) existente al interior de las entidades de la CISAN, que se están implementando en favor de estos grupos, como elemento fundamental para la consolidación de un plan de acción.
- Acercamiento con la Mesa Permanente de Concertación de pueblos y organizaciones indígenas, para la presencia de delegados de las principales organizaciones indígenas que conforman esta Mesa, con el propósito de iniciar el proceso de socialización, retroalimentación y validación de la propuesta de lineamientos.
- Realización de 3 reuniones del orden nacional con delegados de la mesa permanente de concertación.
- Realización de 2 jornadas de trabajo territoriales en el departamento de Amazonas y departamento de Cesar, con comunidades, líderes, cabildos y organizaciones regionales, quienes a partir de sus realidades y experiencias en territorio han aportado al fortalecimiento de la propuesta.
- Realización de 2 jornadas territoriales (Departamento de Chocó y Departamento de Nariño), de socialización, retroalimentación de los avances de la propuesta de lineamientos de política pública en SAN para población afrodescendiente, negra, palenquera y raizal.
- Acercamientos con el pueblo Gitano a través del Ministerio del Interior – Dirección de Etnias, con el propósito de asistir en la próxima Comisión de dialogo del Pueblo Gitano, espacio reglamentado, con el propósito de realizar la presentación, socialización de la propuesta de lineamientos de política pública en SAN para este pueblo y definir actividades a seguir.
- Desarrollado un proceso de asistencia técnica a entidades territoriales departamentales, entre las que se cuentan: Nariño, Huila, Tolima, La Guajira, Arauca, Vichada, Guaviare, Vaupés, Cauca, Amazonas, con el objetivo de promover allí la inclusión de un enfoque étnico en los planes territoriales de SAN y de esta manera generar procesos de reconocimiento de la diversidad sociocultural y desarrollar acciones pertinentes bajo un enfoque diferencial.



### **Retos clave para el cumplimiento de metas de política pública:**

- Promover la revisión de acciones conjuntas, adecuación y pertinencia de la oferta institucional existente, compromisos, acuerdos institucionales para grupos étnicos
- Incorporación de lineamientos de política pública en SAN para grupos étnicos en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018
- Fortalecer la Submesa Técnica de la CISAN para asuntos étnicos y definir estos lineamientos como instrumentos de gestión y seguimiento en SAN para los grupos étnicos.

**Estrategia 1.4: Gestión de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional La -CISAN-**, como Comisión Intersectorial cumple con la función de armonización institucional y ha logrado articular y mantener la participación activa de un número considerable de entidades que la conforman de manera constante.

### **Logros o resultados relevantes:**

- Bajo las funciones de Presidencia y Secretaría Técnica de la CISAN se han organizado sesiones directivas y múltiples Mesas Técnicas para consolidar la Política de SAN en la formulación de los compromisos y plan de acción en la gestión interna de las mesas de trabajo de las entidades que conforman la CISAN.
- Se propició un ambiente de cooperación técnica para dinamizar acciones conjuntas conforme a la misión institucional de cada entidad miembro de la CISAN, revisando la oferta programática con la que cada entidad asegura la efectiva ejecución del Plan de SAN 2012-2019.
- Se estructuró el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019, como instrumento rector guía para la formulación de planes territoriales de SAN en Colombia.
- Se continuó priorizando el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional -OSAN-, como escenario de seguimiento e investigación de SAN bajo criterios de fuente y oficialidad certera del dato.
- Se fortalecieron escenarios institucionales de participación a no miembros de la CISAN como Procuraduría General de la Nación y Contraloría General de la República y Defensoría del Pueblo, compartiendo información acerca de la situación nutricional de la población colombiana, como en materia de gestión administrativa de las entidades territoriales para la formulación de Planes de SAN.
- Se han articulado respetando la autonomía territorial, los planes departamentales en conjunción con los departamentales cuidándonos de



guardar estrictas condiciones técnicas que permitan permanecer en el tiempo a largo plazo la política de SAN.

- Hemos incidido en la promoción de la construcción de una oferta programática institucional que permita recopilar información básica de lo que se ofrece en los departamentos y en el nivel nacional.
- Hemos emitido conceptos junto a la Cancillería con el fin de fijar la posición que como país hemos fijado para sostener la Política de SAN en el país. De la misma manera hemos compartido nuestra experiencia a países del Caribe y Sur del Continente bajo escenarios de cooperación

**Estrategia 1.5: Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional:** El OSAN es una herramienta de acceso público que genera insumos a partir de la articulación de información oficial sobre la seguridad alimentaria y nutricional en Colombia. Ha sido liderado desde 2011 por el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Consolidación del Portal Web del OSAN como herramienta para la difusión de la información en SAN
- Integración de los sistemas de información SISPRO y AGRONET
- Aproximación al logro de la mirada integral de la SAN y publicación documental del análisis de situación en SAN en Colombia bajo el enfoque de determinantes 2014, boletín de análisis de doble carga nutricional y 18 publicaciones.
- Conocimiento en torno a la situación de la SAN a partir de las publicaciones disponibles en el portal web
- Estrategia para la conformación de la Red de Observatorios Locales
- Puesta en Marcha de la estrategia de comunicación y capacitación
- Desarrollo de la Agenda de Investigación 2014

#### **Retos clave para el cumplimiento de metas de política pública**

- Portal Web disponible en internet con nuevos servicios
- Subsistema de información de Alertas en SAN disponible en el portal
- Estrategia de comunicación y difusión implementada
- Tercer informe de situación de la SAN, Primer informe de alertas y boletines analíticos periódicos
- Plan de trabajo ejecutado para el fortalecimiento de un Observatorio local.



## **LINEA DE ACCIÓN 2. Salud Materno Infantil**

### **Estrategia 2.1: Estrategias del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 “Compromiso de Todos”**

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Capacitación en las estrategias del plan decenal de lactancia materna 2010-2020 en entes territoriales priorizados por el Ministerio de la Protección Social.
- Capacitación en Lactancia Materna y Estilo de Vida saludables a los equipos básicos de atención en Salud de la Red Unidos en 6 ciudades priorizadas.
- Elaboración y socialización de los Lineamientos para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral.
- Entrenamiento de veintidós equipos en Método Madre Canguro de instituciones prestadoras de servicios de salud y construcción de kit pedagógico para la formación de formadores del método madre canguro.
- Divulgación y difusión del Plan Decenal de Lactancia materna 2010 – 2020 a través de un evento de lanzamiento nacional del plan y de los medios de comunicación de difusión nacional
- Capacitación en la implementación del Plan Decenal de lactancia materna 2010 -2020 en 10 departamentos nacionales.
- Documento técnico para la articulación de las estrategias AIEPI – IAMI, (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) en el marco de la SAN.
- Apoyo Técnico para la implementación de Bancos de Leche Humana en Colombia
- Elaboración de los lineamientos técnico para el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana
- Guía de Seguimiento y Evaluación, mediante el cual se establecen los parámetros mínimos, de funcionamiento y los procesos.

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Plan Decenal: Choco, La Guajira, Caquetá, Quindío, Huila, Magdalena, Sucre, Norte de Santander Bolívar, Cauca, Guajira
- Capacitación Lactancia Materna RED UNIDOS: Manizales, Buenaventura, Bucaramanga, Cartagena, Cúcuta y Barranquilla
- Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral: Ministerios de Salud y Protección Social, Cultura, Transporte, Ambiente, Tecnología de la Información y Comunicación.
- Entrenamiento Método Madre Canguro: Valle del Cauca , Meta, Cesar, Córdoba, San Andres, Atlántico, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, Cundinamarca, Caquetá, Antioquia, Quindío, Nariño, Risaralda, Choco, Arauca, Boyacá, Santander



- Divulgación del Plan a nivel nacional en medios masivos y por medio de entrenamiento a voceros en Bogotá: Medellín, Cali, Bucaramanga y Barranquilla.

Los Bancos de Leche Humana es una estrategia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que garantiza la disponibilidad de leche humana con calidad e inocuidad para los prematuros. El proceso inicio en Colombia con la firma de Cooperación técnica con Brasil en el año 2009 y durante los siguientes años, se ha brindado desde el Ministerio asistencia técnica a los hospitales del país candidatos a tener la estrategia, desarrollando un proceso de implementación y capacitación para cada uno de los actores, así como también se ha avanzado en la construcción del marco normativo.

Los objetivos de la estrategia son:

- Brindar apoyo a las gestantes, puérperas y madres en periodo de lactancia para el establecimiento de la práctica de la lactancia materna.
- Ofrecer capacitación, educación y consejería en lactancia materna dirigida a la comunidad y personal de la salud.
- Brindar asistencia técnica para la manipulación, conservación y utilización de la leche humana cruda o pasteurizada.
- Realizar acciones de recolección, procesamiento, control de calidad y distribución de leche humana de acuerdo a lo establecido por la Red Iberoamericana de Bancos de leche.
- Contribuir a la prevención de enfermedades infecciosas, la desnutrición y la reducción de la mortalidad neonatal e infantil.

Beneficiarios:

La leche humana recolectada y procesada será destinada a la alimentación y nutrición con criterios de prioridad a los neonatos hospitalizados por:

- Bajo peso al nacer /prematuros que no succionen
- Neonatos con infecciones, especialmente gastrointestinales

Avances:

Desde el año 2012 se encuentran operando los Bancos de leche humana de los hospitales:

-*Federico Lleras Acosta de Ibagué*: Hospital que inicio el proceso de procesamiento de la leche humana en junio de 2012 con un promedio de recolección mensual de 27 litros y un promedio de 16 litros pasteurizados. Durante el año 2013 el banco de leche recolectó 377 litros de leche humano, donados por 119 mujeres lactantes que beneficiaron a 438 recién nacidos y asistidas en orientación en lactancia materna a 21.769 mujeres.



-*San Rafael de Fusagasugá*. Inicio el procesamiento de leche humana en el mes de febrero de 2012, con un promedio de recolección de 32.6 litros mensuales de donantes internas y un promedio mes de 22 litros pasteurizados que fueron distribuidos a los neonatos de la unidad y los excedentes trasladados a la UCI neonatal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Durante el año 2013 recolectó 294.2 litros de leche humana, donados por 146 mujeres en periodo de lactancia, que beneficiaron a 355 recién nacidos y asistidas en orientación en lactancia materna a 5.188 mujeres.

Inauguración e inicio de proceso de pasteurización en el mes de mayo de 2014 de las siguientes instituciones:

- Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto
- Hospital Rosario Pumarejo de Lopez de Valledupar, Cesar
- Hospital General de Medellín
- Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá
- Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena.

Para el año 2015 Colombia tendrá una Red constituida por catorce Bancos de leche humana, continuando el proceso de implementación en ciudades como: Cali, Cúcuta, Barranquilla, Ipiales, Bucaramanga, Santa Martha y Cartagena.

Además de lo anterior, se ha avanzado en el proceso de entrenamiento a 39 profesionales en funcionamiento de BLH de las ciudades de Pasto, Cartagena, Medellín, Ibagué, Valledupar y Bogotá y en el proceso de entrenamiento de 5 tutores que apoyarán las capacitaciones y acompañamiento técnico en Colombia.

Se proyecta continuar con la realización de asistencia técnica a los 14 hospitales y el lanzamiento de los Bancos que avancen hacia la calidad de la pasteurización de la leche humana.

### **LINEA DE ACCIÓN 3. Estrategia Nacional para la prevención y reducción de la deficiencia de micronutrientes**

#### **Estrategia 3.1: Actualización documento de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes**

**Logros o resultados relevantes:** Actualización de 8 líneas operativas:

- Pinzamiento oportuno del cordón umbilical
- Micronutrientes en Polvo o Fortificación casera
- Alimentos Complementarios fortificados
- Biofortificación o Fortificación biológica de alimentos
- Fortificación de alimentos de consumo masivo
- Suplementación
- Diversificación de la alimentación
- Acciones complementarias en salud: Desparasitación – Lactancia Materna.



### **Estrategia 3.2: Comité deficiencia de Micronutrientes – CODEMI**

#### **Logros o resultados relevantes:**

Activación de una instancia intersectorial de una instancia de carácter consultivo y asesor en materia de Vitaminas y Minerales de interés en salud pública, integrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos e Instituto Nacional de Salud con invitados permanentes: Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición, OPS/OMS, UNICEF, PMA, FAO.

### **Estrategia 3.3: Proyecto fortificación casera con micronutrientes en polvo.**

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Disminuir la prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses de edad del Departamento del Tolima, mediante el suministro de micronutrientes en polvo.
- 26.000 niños y niñas entre los 6 meses y los 59 meses de edad de los 47 municipios del Departamento del Tolima.

### **Estrategia 3.4: Programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia. Guajira – Bolívar**

#### **Logros o resultados relevantes:**

Diseño, implementación y evaluación del piloto del Programa, se convierte en la primera fase para la puesta en marcha del Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional como política pública que le apunta al mejoramiento de la situación no sólo nutricional, sino de salud y que además impacte positivamente el desarrollo de la población infantil.

## **LINEA DE ACCIÓN 4. Promoción de la Salud-Estilos de vida Saludables**

### **Estrategia 4.1: Formulación e Implementación de la Estrategia de Reducción del Consumo de Sodio**



### **Logros o resultados relevantes:**

- Priorización de 5 categorías de alimentos con sus respectivas subcategorías para iniciar la reducción del contenido de sodio.(Snacks, Embutidos, panificación industrial, pan fresco, quesos).
- Plan de trabajo en desarrollo grupo de información educación y comunicación.
- Protocolo e instrumentos para determinar línea de base del consumo de sodio.
- Herramientas educativas dirigidas al consumidor para sensibilizarlo frente al consumo de sodio

Despliegue territorial del frente de escuelas de gastronomía, pan fresco, información educación y comunicación departamentos priorizados Santander, Norte de Santander, Atlántico, Antioquia, Bogotá, D.C, Nariño, San Andrés.

## **LINEA DE ACCIÓN 5. Gestión de la calidad e inocuidad de alimentos**

### **Estrategia 5.1: Reglamentos, normas y planes en materia de inocuidad de los alimentos desarrollados**

#### **Logros o resultados relevantes:**

Expedición de 47 reglamentos técnicos que establecen los requisitos sanitarios para la elaboración, procesamiento, almacenamiento, transporte, comercialización, importación, exportación, y etiquetado que deben cumplir alimentos de interés sanitario y que buscan la protección de la salud humana mediante la calidad e inocuidad de los alimentos.

### **Estrategia 5.2: Modelo de inspección, vigilancia y control de los alimentos en el marco de las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF)**

#### **Logros o resultados relevantes:**

Se adelantó la revisión y ajuste del Modelo conceptual técnico y operativo para la vigilancia en salud pública y la inspección, vigilancia y control de los alimentos en el marco de las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF), dando como resultado la expedición de la Resolución 1229 de 2013, “Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano”, y donde también se inicia el proceso de elaboración de lineamientos para la implementación y desarrollo de este modelo bajo las directrices y competencias establecidas en la precitada Resolución.



### **Estrategia 5.3: Participación Codex Alimentarius (Organización internacional de referencia en alimentos)**

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Punto de contacto para Colombia, el cual recibe toda la información generada y de interés para el país en cuanto a inocuidad alimentaria.
- Ejercicio de la Secretaría técnica del Comité Nacional de Codex.
- Participación en el Comité Nacional del Codex Alimentarius. (posiciones de país de los documentos en revisión para los subcomités, concertadas)
- Coordinación de los subcomités nacionales del Codex sobre higiene de los alimentos, nutrición y alimentos para regímenes especiales y grasas y aceites.
- Participación en el comité coordinador de la FAO/OMS para América Latina y el Caribe.
- Participación en los subcomités nacionales del Codex sobre residuos de plaguicidas, sistemas de inspección, frutas y hortalizas frescas, contaminantes de los alimentos, principios generales y organismos genéticamente modificados.

### **Estrategia 5.4: Trabajo intersectorial en inocuidad de alimentos**

#### **Logros o resultados relevantes:**

- Revisión y coordinación de temas relacionados con evaluación de riesgo en inocuidad de alimentos.
- Liderar el comité AD-HOC andino de etiquetado de alimentos preenvasados.
- Apoyo al estudio de carga de enfermedad transmitida por alimentos.
- Desarrollo de actividades encaminadas a establecer un plan de trabajo multisectorial encaminado al fortalecimiento de los laboratorios de salud pública. Actividades que engloban parámetros técnicos, jurídicos, administrativos y de operación.
- Presidencia del Comité Técnico de Bioseguridad para Organismos Vivos modificados de consumo en salud y alimentación humana, y en el cual se evaluaron y autorizaron 38 eventos de transformación genética para su uso en la industria de alimentos para consumo humano, acorde a la competencia establecida en el Decreto 4525 de 2005
- Participación en el Comité Técnico Nacional de Bioseguridad Agrícola y Ambiental y en las mesas de trabajo del convenio de diversidad biológica y el protocolo de Cartagena.
- Integrantes de la Comisión Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias - Comisión MSF, enmarcada en el documento CONPES 3375 del 5 de septiembre de 2005 denominado "Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias", el cual



recomendó la integración del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, través de la armonización de las políticas sectoriales pertinentes, y coordinar las acciones correspondientes entre los Ministerios y entidades involucradas.

### **Estrategia 5.5: Apoyo gestión de los TLC en proceso de negociación en lo referente a las medidas sanitarias y fitosanitarias.**

#### **Logros o resultados relevantes:**

Se participó en las negociaciones con los países de la Alianza del Pacífico (Chile, México y Perú), Costa Rica, Israel, Venezuela y Turquía (todos estos ya se encuentran firmados), y actualmente se participa en la negociación con Japón. También se realiza apoyo en la implementación de los TLCs en el marco de las medidas sanitarias y fitosanitarias, en este momento se participan en los grupos de trabajo para la implementación de los TLC suscritos con Estados Unidos, Venezuela y la Unión Europea.

## **2.9 Seguridad Sanitaria y Ambiental**

En 2010, iniciando con el Ministerio de la Protección Social, se formuló la propuesta de un Modelo para la Gestión y ejecución de las competencias del sector salud en Salud Ambiental para el país. Esta iniciativa se enmarcó dentro de las prioridades de inversión pública social, y se sustenta en la normatividad sanitaria vigente, y en el ámbito de las competencias asignadas a la nación, departamentos, distritos y municipios, en materia de salud pública para efectuar las acciones de prevención, inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente, que afectan la salud individual y colectiva.

En la realización de la prueba piloto del Modelo para la Gestión sectorial, en el marco de la implementación del Conpes 3550 de 2008, estuvo conformado por diferentes fases de planeación, gestión, y evaluación nacional y territorial. Es de anotar que dichas fases están interconectadas y su secuencia no es forzosamente lineal. Así por ejemplo, la promoción y sensibilización, al igual que la capacitación, están presentes a lo largo de todo el proceso, aun cuando existan énfasis y alcances específicos para cada etapa. Igualmente, la capacitación es una constante que representa espacios de alto valor cualitativo para la formación interdisciplinaria e intersectorial.

Fueron seleccionadas por el Ministerio de Protección Social – Dirección General de Salud Pública, para la realización de la prueba piloto, las DTS de Bogotá, Valle del Cauca, Atlántico, Barranquilla, Guaviare y el municipio de Santiago de Cali. Esta es una muestra representativa de diferentes regiones geográficas del País: Costa Caribe,



Andina, Orinoquía, Sur Occidente, con diferentes desarrollos de sus entes territoriales, de menor a mayor complejidad. Igualmente, se incluyeron tanto departamentos, distritos como un municipio categoría especial. Para ampliar la difusión y promoción en el 2010, y lograr mayor cobertura del proceso, se incluyeron las DTS de Santander, Eje Cafetero (Risaralda, Caldas y Quindío), Amazonas y Meta.

En el año 2011 se vincularon: Nariño, Magdalena, Santa Marta, Vaupés, Huila, Arauca y Boyacá.

A partir del año 2012 se abrió el proceso para el 100% de las DTS, incluyendo a Putumayo, San Andrés.

En el 2013, se vinculan de manera especial las DTS de Cesar, Bolívar, Cauca, Casanare, Caquetá, Tolima y Soacha. Y en el 2014, se continúa el proceso de cooperación y acompañamiento a nivel nacional.

En relación a la creación y fortalecimiento de los espacios de gestión intersectorial, se ha gestionado a la fecha lo siguiente: (2010 – 2014)

A nivel Nacional con la Comisión técnica nacional intersectorial para la salud ambiental – CONASA – decreto 2972 de 2010 y sus diferentes mesas de trabajo. Su quehacer se enmarca en la intervención de los determinantes sociales de la salud, tal como lo plantea el Conpes 3550 de 2008, la Ley 1438 de 2011 y su inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021.

El Ministerio de Salud y Protección Social, asumió para la vigencia 2014, la Presidencia de la CONASA, que anualmente se alterna con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Presidencia que igualmente se asumió durante la vigencia 2012 – 2013.

A nivel territorial y producto de la gestión desde este Ministerio, se cuenta con once (11) Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA, creados mediante acto administrativo. Las Entidades Territoriales del Cauca y Santiago de Cali, se encuentran en proceso de firma del respectivo acto administrativo. Con la salvedad que El COTSA ya se encuentra en funcionamiento.

Las entidades territoriales del Cesar, Casanare, Santa Marta, Arauca, Vichada, Amazonas, Cundinamarca, se encuentran en proceso de conformación de sus Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA.

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha garantizado la asesoría y el acompañamiento técnico a las DTS, para la implementación de estos procesos. Las DTS y el Ministerio, se han comprometido a coordinar esfuerzos que permitan propiciar los espacios de concertación y articulación interinstitucional e intersectorial, necesarios para la implementación en el nivel territorial. En este sentido se han propiciado



espacios de divulgación y sensibilización con los diferentes actores competentes y necesarios para el desarrollo e implementación de estas iniciativas, con miras a conformar los correspondientes COTSA (Consejo Territorial de Salud Ambiental).

De igual manera, se desarrolla un proceso de fortalecimiento de la gestión sectorial e intersectorial para el abordaje integral de la salud ambiental, bajo un enfoque holístico, sistémico y articulado con los lineamientos técnicos y políticos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 (Ley 1450 de 2011), y el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Resolución 1841 de 2013 y Decreto 859 de 2014.

### **Sistema unificado de información en salud ambiental –SUISA**

El Ministerio de Salud y Protección Social, resalta, dentro de su gestión sectorial e intersectorial para el cumplimiento de este proceso, los siguientes aspectos:

- Como parte del proceso de concertación y gestión intersectorial de la CONASA se mencionan como acuerdos fundamentales los siguientes: Enfoque metodológico de Fuerzas Motrices; análisis, retroalimentación y ajuste coordinado desde este ministerio, para con todas las entidades de la CONASA; Definición de algunos indicadores, (que se encuentran en revisión por parte de las diferentes instituciones que integran el SUIA).

Producto de la gestión de este Ministerio, se está adelantando la construcción del Módulo de Salud Ambiental, en el marco del Sistema Integral de Información para la Protección Social – SISPRO, en el cual se ha logrado identificar sistemas de información, que integrarán un sistema de mayor complejidad, así como diferentes entidades e instituciones que gestionan diversas fuentes de información de interés para el tema de salud ambiental.

Adicionalmente, a la construcción del Módulo de Salud Ambiental de SISPRO, se elaboró la primera versión de un documento conceptual y metodológico para el desarrollo de las diferentes fases asociadas con la gestión del conocimiento de los temas relacionados con salud ambiental en el marco del SUIA. Este documento incluye los siguientes aspectos: Identificación de necesidades y brechas de información, Fuentes de información asociadas, sectoriales e intersectoriales; Componentes temáticos priorizados, cada uno de ellos con justificación y revisión normativa; Identificación de fuentes de información relevantes para el proceso; Identificación de ideas de investigación, Concertación intersectorial de la primera versión de indicadores propuestos.

Con base en los acuerdos logrados al interior de la CONASA, se viene construyendo la propuesta metodológica para el desarrollo del plan de análisis de los observatorios, teniendo en cuenta el enfoque metodológico de fuerzas motrices, metodología liderada



por la Organización Mundial de la Salud -OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente -PNUMA, para la intervención de los determinantes ambientales. De igual forma, a través de los convenios de cooperación técnica con la OPS se contrataron los siguientes productos:

- Convenio No. 485/10: Documento técnico encaminado a caracterizar los sistemas de información utilizados en Colombia (nacional y territorial), para soportar la gestión en salud ambiental, como insumo para la información que desde el sector se debe generar.
- Convenio 310/13, se planteó el desarrollo de una propuesta metodológica para la elaboración de una encuesta nacional de salud ambiental; producto que se está desarrollando actualmente entre la OPS, Universidad del Valle, con el Grupo de Epidemiología y Salud Poblacional de este Ministerio.

## 2.10 Salud Oral

- Durante los años 2010-2011 se realizó el levantamiento de la línea de base para la evaluación del Objetivo 3, del entonces Plan Nacional de Salud Pública, en una muestra de la población que consulta los servicios tanto públicos como privados de odontología, incluyéndose por primera vez el registro de caries no cavitacional o caries incipiente sin ruptura de tejido dental.
- En 2011, durante el proceso de actualización del POS, se realizó la inclusión del barniz de flúor para garantizar la protección específica en la población menor de 18 años, así como la inclusión de las prótesis dentales mucosoportadas totales, para todos los afiliados del régimen subsidiado y para los afiliados cotizantes del régimen contributivo, con un ingreso base de cotización igual o inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes.
- A partir de 2012, se implementó la vigilancia centinela de la exposición a flúor en 180 UPGD, del territorio nacional, realizando en principio ejercicios de análisis de registros individuales de prestación de servicios–RIPS, con el fin de fortalecer su uso como fuente de información para el análisis en salud bucal, para lo cual se incluyó en el aplicativo SIANIESP del SIVIGILA, la búsqueda activa institucional de RIPS, de salud bucal, incluyendo, no solo eventos de boca y dientes, sino también anomalías congénitas como el labio y paladar fisurado y el cáncer oral.
- Se definieron indicadores de salud bucal, para el reporte de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, contenidas en la Resolución 4505 de 2012.
- Desarrollo de IV Estudio Nacional de Salud Bucal.



## 3. COMPONENTES DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

### 3.1 Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica –GPC- son instrumentos para el mejoramiento continuo de la calidad del SGSSS. En este campo, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha avanzado en tres frentes: primero, en la actualización de la metodología para la generación de GPC; segundo, en la puesta en marcha de acciones de implementación de las recomendaciones del GPC disponibles; y en tercer lugar en la gestión de nuevas guías prioritarias para el país.

Sobre el primer punto en marzo de 2014, el Ministerio actualizó en sus componentes técnicos (clínico y económico)<sup>19</sup>, la “*Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*”, publicada en el año 2010.<sup>20</sup> Esta guía es importante porque estandariza la metodología mediante la cual los grupos desarrolladores elaboran las GPC.

Con respecto a la implementación es importante recordar que durante el período para el cual se presenta este informe, el Ministerio de Salud y Protección Social, en alianza con el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación (Colciencias), gestionó el desarrollo y lanzó 25 guías de GPC, con el propósito de mejorar la capacidad de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes en temas de interés para el país<sup>21</sup>:

En el año 2013, el Ministerio inició acciones de implementación de las recomendaciones contenidas en estas guías. Dentro de estas acciones están: la adopción de las guías mediante la resolución 1442/13, para el manejo del cáncer de colon y recto, seno, próstata y leucemias en niños; se desarrolló un portal web en la dirección [gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co), donde pueden consultarse estas guías, los manuales metodológicos antes mencionados y otros documentos de interés; y la disposición de las GPC para su descarga desde teléfonos inteligentes y tabletas<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia; 2014. Disponible en: [gpc.mnsalud.gov.co](http://gpc.mnsalud.gov.co).

<sup>20</sup> Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá: Colombia; 2010.

<sup>21</sup> Estos temas incluyen: atención del recién nacido, asma, enfermedad diarreica aguda, leucemias y linfomas, seguimiento y atención del embarazo, parto y puerperio; enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial y los cánceres más frecuentes en la población colombiana: seno, próstata y colon; salud mental, con recomendaciones para la depresión en adultos y el abuso de alcohol; y el síndrome coronario agudo y las infecciones de transmisión sexual.

<sup>22</sup> GCPPr desde el Appstore, Google Play, Play Store.



En el segundo semestre de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de expertos de las sociedades científicas, socializó las GPC asociadas a la población materno- infantil a actores regionales y locales mediante jornadas académicas en las principales ciudades del país, Barranquilla, Medellín, Pereira, Cali, Pasto, Bucaramanga y Bogotá, alcanzando una cobertura de 2.119 profesionales. Estas socializaciones y otras, realizadas en el periodo, permitieron que los actores del sistema conocieran las GPC, sus cualidades y beneficios.

Las temáticas de las GPC, están incluidas en el curso virtual de inducción al Servicio Social Obligatorio de profesionales de salud, así como, en el curso virtual para la formación de verificadores de habilitación; cursos que se estarán realizando durante el año 2014.

Complementariamente, el Ministerio realizó el ajuste al modelo para la implementación, apropiación y adecuado uso de las recomendaciones de las GPC, teniendo en cuenta la realidad colombiana. Producto de esta labor se obtuvo el documento *“Actualización Guía Pedagógica para la Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia - Manual de Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia”*.<sup>23</sup> Se espera que la guía de implementación aporte a la construcción de las mejores herramientas e instrumentos pertinentes, siendo susceptibles de ser aplicada para la implementación de las GPC en los diferentes contextos del territorio nacional.

Finalmente, en lo relacionado con la gestión de las GPC, se cuenta con 38 guías en desarrollo, producto de dos convocatorias a través de Colciencias y otros convenios del Ministerio. En la Convocatoria 563 de 2012, de Colciencias, fueron incluidas las GPC de dislipidemias, alteraciones del crecimiento y neurodesarrollo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esquizofrenia, cáncer de pulmón, leucemia y linfoma en población mayor de 18 años, distrofia, trauma craneoencefálico, cáncer de piel, artritis y fibrosis quística. De igual forma, en la nueva convocatoria 637 de 2013, de Colciencias, el Ministerio gestionó la inclusión de patologías o situaciones de salud referentes a enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades huérfanas, discapacidad y malnutrición, entre otras. Adicionalmente, durante 2013 y lo transcurrido de 2014, se gestionó, desde el Ministerio, la actualización y desarrollo de GPC, en temáticas como la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, VIH en niños y adultos, así como las GPC para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños menores de 5 años y bronquiolitis en niños menores de 2 años y tosferina.

---

23 Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia; 2014. Disponible en: [gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co).



### 3.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha definido lineamientos para establecer la garantía de la calidad en salud, de modo que se gane la plena confianza del usuario, a través de la búsqueda del mejoramiento continuo institucional para una adecuada prestación de servicios, definida ésta, como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.<sup>24</sup>

De acuerdo al informe entregado por la Superintendencia Nacional de Salud, para la vigencia 2013, las EPS reportaron<sup>25</sup> los tiempos de espera en la asignación de citas para consulta de Medicina Especializada en las especialidades básicas, Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría y Cirugía General en 12,58 días, 7,84 días, 6,80 días y 10,49 días respectivamente.

La revisión de esta información permitió realizar un trabajo de asistencia técnica para mejorar el flujo y las condiciones de reporte de la información. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de brindar capacitación en el Sistema de Información para la Calidad, apoyó a 17 Direcciones Territoriales de Salud, con la participación de 340 funcionarios de IPS públicas, a 398 de IPS privadas, a 14 de EPS-S, a 292 de ETS y 59 de otras entidades, para un total de 1103 participantes. Así mismo, avanzó en la elaboración de diferentes escenarios como propuesta para la recolección y procesamiento de la información del Sistema de Información para la Calidad, los cuales fueron presentados a la Superintendencia Nacional de Salud y serán insumo para la propuesta de actualización de la resolución 1446/06.

Es importante resaltar que la cultura generada a través de la recolección de la información para el reporte de los indicadores a la Superintendencia Nacional de Salud, ha permitido que las diferentes IPS del país, participen en ejercicios de comparación de indicadores a nivel internacional y es así como en el Ranking de Clínicas y Hospitales para América Latina en el 2013, donde se encuentran las siguientes 19 de clínicas y hospitales colombianos (42,2%): Fundación Valle de Lili, Fundación Cardioinfantil, Fundación Cardiovascular de Colombia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica Imbanaco, Clínica de las Américas, Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, San Vicente de Paúl Medellín, Clínica Shaio, Foscal, Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Mederi, Hospital General de Medellín, Clínica León XIII, Clínica de Occidente, Clínica de Medellín, Clínica Marly y Clínica Universitaria Bolivariana.

<sup>24</sup> Decreto 1011 de 2006, definición de Calidad de la atención en Salud

<sup>25</sup> Reporte realizado a la Superintendencia Nacional de Salud a partir de la resolución 1446 de 2006, analizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y publicado en el Observatorio de Calidad.



### 3.3 Sistema de evaluación del SGSSS

El Sistema de Evaluación de Actores, tiene por objetivo la evaluación del desempeño de IPS, EPS y Entidades territoriales, encaminado a apoyar la toma de decisiones por parte del usuario, corregir las asimetrías de información y constituir un incentivo para el mejoramiento de la calidad; es un proyecto de largo plazo, con diversas etapas en su desarrollo y que requiere del concurso de los actores mismos para establecer su implementación y mejoramiento continuo.

Para lograr este objetivo, el Ministerio definió un Plan de trabajo para la construcción del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, en cumplimiento del artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. El sistema se construye de manera articulada con las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), teniendo en cuenta las funciones que debe cumplir cada uno de los actores dentro del sistema y otros lineamientos de política del sector salud. Así mismo, el sistema se orienta a consolidar los resultados de múltiples instrumentos de seguimiento y evaluación actualmente en funcionamiento, tal como, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), Registro Integral de Servicios de Salud (RIPS), entre otros. Dentro de la planeación de las acciones de mejora al Sistema, se lleva a cabo un proceso de integración de fuentes e inclusión de nuevas herramientas que apoyen el análisis de la información.

El plan de trabajo en sus cuatro (4) fases se ha realizado así: En la primera fase, definió un catálogo unificado de los indicadores útiles para la evaluación. En la segunda fase, se priorizaron los indicadores con base en un conjunto de criterios consensuados con expertos metodológicos y técnicos al interior del Ministerio; en el marco de las prioridades nacionales en salud y los objetivos del SGSSS. La tercera fase, planteó la depuración de los indicadores propuestos, mediante un proceso de discusión técnica con equipos especializados de las universidades, centros de investigación, sociedades y asociaciones científicas y los aseguradores y prestadores de salud; y en la cuarta fase, actualmente en construcción, se planea la definición de los criterios de evaluación y calificación, junto a las medidas de ajuste del sistema.

Entre junio 2013 y junio 2014, el Sistema de Evaluación y Calificación ha tenido avances en las distintas fases mencionadas; durante este periodo se ha definido un nuevo marco conceptual que ha logrado alinear las mediciones de los actores con el Plan Decenal de Salud Pública, proceso seguido por una estrategia metodológica para la selección y construcción de indicadores basados en evidencia. Esta metodología es aplicable a cualquier actor del SGSSS, que se quiera evaluar, al tiempo que permite articular el proceso de generación de indicadores de las guías de práctica clínica que realiza el Ministerio. Asimismo, siguiendo como instrumento la metodología mencionada, se desarrolló un conjunto de indicadores de EPS, uno de los principales actores a evaluar. Igualmente, se realizó una propuesta de análisis y procesamiento



de la información correspondiente a los indicadores de calidad de IPS; propuesta que se desarrolló mediante una aplicación web disponible en el Observatorio de Calidad en la Atención en Salud (OCAS) para todos los usuarios del SGSSS y prestadores, permitiendo comparar la información de dichos indicadores.

Basado en lo anterior, las propuestas de ajuste desarrolladas en la cuarta fase pretenden optimizar el Sistema, dando además, actualización al informe Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS, 2012, ya disponible en el OCAS.

Los productos obtenidos a través del trabajo realizado para el Sistema de Evaluación de Actores son: El primero, relacionado con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, que permite recoger una dimensión importante como es la satisfacción de los usuarios; el segundo, el Ranking de EPS que incluye indicadores de procesos y resultados en salud.

Durante el año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, donde los afiliados de ambos regímenes evaluaron los servicios que prestan las EPS; esta específicamente busca, que los usuarios califiquen el desempeño de las EPS, a partir de la experiencia cuando usan los servicios de salud.

En el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social firmó el convenio 319, con la Defensoría del Pueblo, en el marco del convenio la Defensoría, apoyó desde la parte técnica el proceso de elaboración de la encuesta para el año 2013, logrando su fortalecimiento; adicionalmente, apoyó la generación de un ranking de desempeño de las EPS, basado en la información del Sistema de Evaluación de Actores, donde se encuentra incluida la citada encuesta. Este ranking evaluó a las EPS en tres dimensiones: la calificación que le dan sus afiliados a los servicios que han recibido de estas; la evaluación del respeto a los derechos, usando como criterios los indicados por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia T-760 y los autos posteriores de seguimiento; y los resultados en salud de cada EPS. De esta manera, se articularon por lo menos 8 fuentes de información diferentes, que dan un amplio panorama del desempeño de estos actores. Los resultados de este ranking pueden consultarse en la página <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Ordenamiento-%E2%80%93Ranking-de-Actores.aspx>.

De igual manera, en el 2013, se realizó la segunda versión de la encuesta de evaluación de los servicios de la EPS de ambos regímenes. El formulario utilizado tuvo como insumo el aplicado en el año 2012, el cual fue revisado y ajustado de acuerdo a las observaciones y sugerencias propuestas por directivos de agremiaciones médicas, entes de control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, agremiaciones de prestadores de servicios de salud y administradoras de planes de beneficios. La encuesta fue aplicada a nivel Nacional en 72 municipios y con un total de 18.691 usuarios, mayores de 18 años pertenecientes a los Regímenes



Subsidiado y Contributivo, que han utilizado los servicios de salud en los últimos 6 meses en la EPS; la encuesta permitió medir el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, desde diferentes dimensiones como: calidad, acceso y oportunidad de los servicios, promoción del empoderamiento, promoción de la salud, protección financiera, corresponsabilidad del usuario.

De igual manera, los resultados de esta encuesta 2012, se constituyeron en fuente de información para la generación del ranking de desempeño de las EPS de la vigencia 2013, actualmente, el Ministerio se encuentra realizando ajustes producto de los comentarios recibidos y un trabajo con grupos focales a usuarios y presentará los resultados en el segundo semestre del año 2014.

## **Estudios y encuestas poblacionales**

El Ministerio de Salud, está fortaleciendo su rol como líder en los temas de investigación, información y la gestión del conocimiento para salud, mediante acciones tanto estructurales – como la creación de la Dirección de Epidemiología y Demografía-, como funcionales, como el fortalecimiento de SISPRO, con la puesta en marcha del módulo epidemiológico y próximamente el de ambiente y el desarrollo del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales en Salud, que hoy nos convoca.

El Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales, consta de 1) una agenda programática que permite ver cuáles son los estudios, su periodicidad y su población objetivo, 2) un comité coordinador que revisa la permanencia, ingreso y egreso de los estudios, 3) un equipo técnico garantiza la calidad metodológica de todos los estudios que se hagan, ajustándolos a los estándares y prácticas internacionales para asegurar su calidad, comparabilidad y trazabilidad. y 4) una muestra maestra en salud para Colombia, que permitirá comparabilidad entre todos los estudios y disminuirá costos para públicos y privados – esta muestra actualmente se encuentra en construcción en coordinación con DANE e ICBF.

El 2012 fue un año que puede considerarse un hito en el avance del sistema de información del país, además de la consolidación de SISPRO y la realización del Análisis de Situación de Salud con enfoque de determinantes que fue la base para la construcción del Plan decenal de Salud pública, el Ministerio recuperó la Agenda Programática Nacional de Estudios Poblacionales en salud para lo cual realizó: 1) Inventario de estudios y encuestas poblacionales y de salud pública periódicas y puntuales que se realizan en el país; 2) Revisión de variables de todos los estudios para eliminar el traslape entre ellos e incluir otras necesidades de información no cubiertas; 3) Definición periodicidad de los estudios y encuestas para garantizar comparabilidad en el tiempo y pertinencia técnica de acuerdo a los cambios socio-demográficos y epidemiológicos de la población colombiana.



- Lanzamiento del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud en Septiembre de 2013.
- Agenda Programática de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud. Se observan en la siguiente tabla:

**Tabla 25. Encuestas Poblacionales para salud**

Encuesta / Estudio	Última Versión	Próxima Versión		Periodicidad
		Año de recolección	Año de publicación	
Estudio Nacional de Salud Mental – <b>ENSM</b>	2003	2014	2015	Cada 10 años
Encuesta Nacional de Salud – <b>ENS</b>	2007	2014	2015	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar	1993	2012 - 2014	2014	Cada 10 años
Encuesta Nacional de Salud Bucal IV – <b>ENSAB IV</b>	1998	2012 - 2014	2014	Cada 10 años
Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos – <b>GATS</b>	NA	2013 - 2014	2014	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – <b>SABE</b>	NA	2014	2015	Cada 10 años
Encuesta de Salud Escolar – <b>ENSE</b>	NA	2013 - 2014	2014	Cada 3 años
Estudio Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia – <b>ENSANI</b>	NA	2015 - 2016	2016	Cada 5 años
Estudio Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares	2008	2013	2014	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Demografía y Salud – <b>ENDS</b>	2010	2014 -2015	2016	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – <b>ENSIN</b>	2010	2014 -2015	2016	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Talento Humano en Salud	NA	2015	2016	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Salud Ambiental	NA	2015	2016	Cada 10 años

Fuente : Fuente : Dirección de Promoción y Prevención. MSPS

- Elaboración del documento “Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud- Conceptualización y Guía Metodológica”.
- Estudios en curso:



- Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV
  - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia (SABE)
  - Estudio Nacional de Salud Mental
  - Encuesta de Salud Escolar (I Fase de campo)
  - Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal (Geohelmintiasis) en Población Escolar (falta la III Fase – Análisis, resultados y divulgación)
  - Estudio Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia – ENSANI
- Estudios terminados no publicados en RID
    - Cuidadores
    - Atención Integral del Adulto Mayor
    - Estudio de Mercurio
    - Piloto en Bogotá de Carga Médica de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS)
    - Servicios Amigables
  - Estudios con protocolo listo
    - Encuesta Nacional de Salud - ENS
    - Bancos de Sangre
    - Usuarios de drogas intravenosas
    - Fármaco-resistencia Antirretrovirales
    - Percepción EPS
    - Evaluación de servicios Perinatales
    - Línea de base de Cuidados Obstétricos
  - Estudios con protocolo en construcción
    - Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2015
    - Encuesta Nacional de Situación Nutricional – ENSIN 2015
  - Construcción de la Muestra Maestra para Salud que permitirá la comparabilidad en el tiempo de las Encuestas poblacionales de la Agenda Programática.



## Repositorio Digital Institucional- RID

### Repositorio digital actualizado

En el año 2014 una vez hechas las pruebas de aceptación del RID, se da inicio a la fase II que contempla los siguientes ítems: diseño formularios de carga para Funcionarios del Ministerio e Instituciones externas para cargar información, implementación de protocolos de interoperabilidad que permiten visibilizar y posicionar la información producida por el Ministerio en otros sistemas y otros sectores, mejores funcionales y visuales detectadas en las pruebas de usuario final (entrega mes de julio). El RID está funcionando en la siguiente dirección dentro del Portal web:

(<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>)

- Actualmente hay 2.468 registros indexados bajo la descripción de Metadatos Dublin Core (estándar para descripción de documentos electrónicos)
- Se han realizado jornadas de divulgación y capacitación para los diferentes actores del sistema, sobre las consultas del RID.

### Biblioteca Virtual en Salud.

- Se han realizado jornadas de divulgación del RID y la BVS, se ha establecido un plan de trabajo junto con LILACS para definir estándares de interoperabilidad y fortalecimiento de la red de BIREME.
- Actualización de las publicaciones periódicas con el fin de contar con una colección al día para las consultas y requerimientos de información

### Aplicaciones web y para dispositivos móviles.

- Se ha realizado seguimiento a las aplicaciones generadas por la Dirección de Epidemiología: Saludatos y Auto cuídate.
- Se realizó el acompañamiento de la creación de la nueva aplicación Colombia SIVIGILA, herramienta que permite una consulta rápida sobre los eventos de notificación obligatoria, y los protocolos de vigilancia.

## 3.4 Sistema Único de Habilitación

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 del Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según el cual, el Ministerio de Salud y Protección Social, velará por su permanente actualización, en el período 2010-2014, se



revisaron, ajustaron y concertaron con los diferentes actores del sistema, los estándares de habilitación aplicables a los prestadores de servicios de salud, contenidos en la Resolución 1043 de 2006.

Resultado de este proceso se expidió la Resolución 1441 de 2013, posteriormente, para mantener actualizado el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, según el artículo 17 de la citada norma, se ajustaron las condiciones, estándares y criterios, a través de la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, “Por la cual se definen y establecen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

El proceso de actualización de la norma se realizó atendiendo las necesidades del sector, buscando una mayor efectividad de las condiciones, estándares y criterios allí definidos y con la participación de diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para facilitar la implementación de la norma se definió el plan de asistencia, dirigido a las entidades territoriales, con desarrollo de metodologías e instrumentos que incluyen paquetes de instrucción para el entrenamiento en la verificación de condiciones de habilitación y se inició su implementación. Igualmente, y con el fin de contar con un elemento de seguimiento de estos procesos se construyó una línea de base de caracterización de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, que da cuenta de los avances en la implementación en el Sistema Único de Habilitación de prestadores.

Por otro lado, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, se implementó el proceso de verificación de las condiciones de habilitación de nuevos servicios oncológicos en el país, habilitando hasta la fecha 78 servicios. Igualmente en desarrollo de las Leyes 1384 y 1388 de 2010, se expidieron las resoluciones 4504 de 2012, por la que se dictan disposiciones sobre las Unidades de Atención de Cáncer Infantil; y 1419 de 2013, por la que se establecen parámetros y condiciones para la gestión integral de redes de servicios oncológicos y de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer.

### **3.5 Sistema Único de Acreditación**

En desarrollo del Sistema Único de Acreditación del SOGC, con corte a 30 de mayo, se encuentran acreditadas 30 instituciones prestadoras de servicios de salud, 7 de ellas públicas y 23 privadas.



Con el fin de fortalecer el proceso de acreditación y ampliar su cobertura, se formuló una propuesta de incentivos para los prestadores, que incluye, entre otros, la posibilidad de disminuir el valor de aporte a las administradoras de riesgos laborales que realicen entidades acreditadas, prioridad en el otorgamiento de los créditos brindados a través de la línea de redescuento, con tasa compensada por FINDETER, priorización de las entidades acreditadas para los proyectos de exportación de servicios de salud por parte de Proexport y el programa de transformación productiva.

Por otro lado, se adoptó el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, aprobado mediante Resolución No. 123 de 2012, “Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006”.

Considerando la necesidad de actualización y modernización del Sistema Único de Acreditación, de definir reglas para su operación, se expidió el Decreto 0903 de 2014, “Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud” y la Resolución 2082 de 2014, que lo reglamenta.

Adicionalmente, para la implementación del componente de acreditación, se ha brindado acompañamiento y asistencia técnica a Direcciones Territoriales de Salud y a IPS interesadas en el proceso, así como a IPS acreditadas para el mantenimiento de la misma. Del mismo modo, se apoyó a las IPS en el fortalecimiento del Programa de Seguridad de Pacientes, prestando asistencia técnica en temas estratégicos, el fortalecimiento de la cultura de la seguridad, la construcción de procesos seguros y la implementación de buenas prácticas.

### **3.6 Planes de Gestión de las IPS**

En cumplimiento de lo preceptuado en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 710 de 2012, mediante la cual se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión, por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Para efectos de la adecuada implementación de los procesos de evaluación de gerentes, se expidió la Resolución 743 de 2013, mediante la cual se ajustan algunos aspectos contenidos en la Resolución 710 de 2012.

Con el fin de contar con información que dé cuenta sobre los procesos de selección y evaluación de los gerentes de las empresas sociales del Estado, se implementó un módulo de reporte información periódica por parte de estas entidades.



### 3.7 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

Como parte de los procesos de evaluación de la política de prestación de servicios, durante el año 2012, se llevó a cabo la evaluación final del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, ejecutado entre 2004 y 2012, que tenía como objetivo apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos, a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permita la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud.

Dicha evaluación compara los resultados financieros y de eficiencia de los hospitales incluidos en convenios de desempeño en el marco del programa, frente a los no incluidos; y concluye que los *“hospitales que ingresaron al convenio en el año 2004, mejoraron sus estructuras financieras en relación con aquellos que no ingresaron al convenio, esto se vio reflejado en mejoras en los indicadores de capital de trabajo en el año 2011. ....Por otro lado, el gasto de personal como razón de las ventas y el gasto operacional, tendió a ser menor en las instituciones con convenio, lo que sugiere la contribución de éste, a las entidades inscritas, a mejorar esta relación que se ve traducida en un factor de eficiencia”*<sup>26</sup>.

En relación con los indicadores de eficiencia el estudio concluye que *“partiendo de las mediciones de la línea base (2004) y la final (2011), se observó un aumento estadísticamente significativo en el valor de los indicadores de giro (giro consultorio de consulta externa, consultorio de urgencias, quirófano y unidad odontológica), en los hospitales con convenio. Esto indicó que los hospitales con convenio hicieron una mejor utilización de su capacidad instalada y de su recurso físico disponible en relación con los hospitales sin convenio”*<sup>27</sup>,

En el mismo marco, durante el período 2010 – 2014, se realizó el proceso de evaluación individualizada del cumplimiento de las metas y compromisos incluidos en los convenios de desempeño suscritos entre la Nación y las entidades territoriales, para la implementación del programa de rediseño, reorganización y modernización de las redes de prestación de servicios de salud. En desarrollo de esta actividad se evaluó, de manera individual, la gestión de las IPS incluidas en los convenios y la gestión de las entidades territoriales y se hicieron las recomendaciones de condonación o pago de las cuotas de repago de los contratos de empréstito interno asociados a los convenios de desempeño.

<sup>26</sup> Tomado del capítulo de conclusiones del estudio de evaluación del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, realizado por la Pontificia Universidad Javeriana – Cendex - 2012.

<sup>27</sup> *ibidem*



### **3.8 Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS**

La Ley 1438 de 2011, determinó la obligatoriedad para el Ministerio de Salud y Protección Social, de categorizar anualmente el riesgo de las empresas sociales del Estado y, a estas entidades, a adoptar un Programa de saneamiento fiscal y financiero cuando sean categorizadas en riesgo medio o alto.

Mediante la Resolución 2509 de 2012, se definió la metodología para categorizar el riesgo de las ESE, efectuando la categorización correspondiente a la vigencia 2012, a partir de la información de la vigencia 2011. A través de las Resoluciones 1877 y 3467 de 2013, se efectuó la categorización correspondiente a la vigencia 2013, con base en la información de 2012; y mediante la Resolución 2090 de 2014 se efectuó la categorización de las ESE del nivel territorial para esta vigencia, con base en la información de 2013.

El artículo 8 de la Ley 1608 de 2013, definió los programas de saneamiento fiscal y financiero como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. El mismo artículo determinó que dichos programas deberán contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado; que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria y que su viabilidad estaría a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Para la financiación de los mencionados Programas existe un conjunto de fuentes del nivel nacional y territorial, entre las que se destacan: parte de los recursos excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado y otros recursos territoriales y de la Nación, en atención a lo previsto en el artículo 8 de la Ley 1608 de 2013, que indica que la Nación puede destinar recursos para dichos Programas.

Con el propósito de apoyar la financiación de las medidas contenidas en dichos programas, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Proyecto de Inversión “Mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país”, asignó a los departamentos, mediante la Resolución 4874 de 2013, recursos por valor de \$149.000 millones, los cuales deberán ser distribuidos por las entidades territoriales entre las empresas sociales del Estado, atendiendo el concepto de viabilidad de los programas por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.



### **3.9 Ajuste y Modernización de las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud**

Desde la vigencia 2013, teniendo en cuenta lo determinado en las Leyes 1438 y 1450 de 2011, el Ministerio ha brindado asistencia técnica a las direcciones territoriales, para el desarrollo e implementación del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRM) – ESE. Es de destacar que sin excepción, todos los departamentos y distritos han sido objeto de asistencia técnica, sin embargo, algunas de ellas tienen pendiente la viabilización de su Programa Territorial por parte del Ministerio.

Con corte a 30 de mayo de 2014, se han viabilizado los Programas Territoriales de 22 entidades territoriales departamentales y distritales (Amazonas, Antioquia, Atlántico, Arauca, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Casanare, Guainía, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Santa Marta, Valle del Cauca, Vaupés).

Para apoyar la financiación de acciones de reorganización y rediseño de la oferta de prestación de servicios y saneamiento de las IPS públicas que se definan en el marco de la red entre 2012 y 2013, se ejecutaron recursos de la Nación por valor de \$59.916.7 millones, en los departamentos de Antioquía, Bolívar, Caldas y Valle del Cauca.

### **3.10 Redes de Prestación de Servicios de Salud**

Con relación a la prestación de servicios de salud mediante redes, si bien se reconocen logros en mejoras en cobertura, acceso y equidad en la atención en salud, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se requiere mejorar aspectos relacionados con la integralidad, continuidad y resolutivez, fortaleciendo los procesos de referencia y contrarreferencia, evitando la fragmentación de los servicios y las fallas en calidad, oportunidad y pertinencia en la atención, entre otros.

En razón a lo anterior, se avanzó en el proceso de elaboración de lineamientos, instrumentos y procedimientos para la conformación, organización, operación, seguimiento y evaluación de las redes de prestación de servicios de salud, con el propósito de lograr una respuesta adecuada y efectiva a la demanda de servicios de salud. De igual forma, en la valoración del estado y disponibilidad de la información para soportar estos procesos, así como los requerimientos de adecuación de la misma.

Para coadyuvar a estos propósitos, las redes serán objeto de habilitación, verificación, seguimiento y evaluación, tanto en su conformación y organización, como en su desempeño. De igual forma, se plantea la valoración y reconocimiento del desempeño



de los agentes de conformidad con la gestión de los servicios, la calidad técnica y percibida, y la resolutivez (con respecto a objetivos en gestión de riesgos en salud, atención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación) y su contribución a los resultados en salud de la población.

Lo anterior se halla en proceso de elaboración de los documentos técnicos e instrumentos que soporten su desarrollo, y que deberán ser socializados y validados, previo a la expedición de las normas pertinentes; lo que se espera concluir en el segundo semestre de 2014.

### **3.11 Prevención y Atención en Emergencias y Desastres**

De acuerdo con la información que existe sobre la ocurrencia e impacto de los fenómenos naturales a través de la historia de nuestro país, se puede concluir que Colombia es un país expuesto a casi todo tipo de fenómenos naturales a lo que hay que sumar las amenazas de tipo antrópico.

Con la Ley 1523 de Abril de 2012, se ajusta y actualiza la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se crean los consejos departamentales, distritales y municipales de Gestión del Riesgo de Desastres. El sector salud debe estar preparado para atender eventos en todos los niveles de administración pública (nacional, regional y local). Así las cosas, el objetivo general es mejorar la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades del sector para atender adecuadamente sus responsabilidades dentro del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo.

Respondiendo a lo estipulado en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011, esta oficina, dentro de sus responsabilidades, fortalece las capacidades de las direcciones territoriales de salud, en el marco de sus competencias, a través de la coordinación con las demás dependencias del Ministerio, para el mejoramiento de los procesos de descentralización 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.

#### **Recursos dispuestos para el fortalecimiento sectorial:**

#### **Programa Emergencias Sanitarias:**

Las actividades desarrolladas a través de este Programa son las siguientes:



Se realizaron transferencias de recursos a varias direcciones departamentales de salud, para el fortalecimiento de los Centros Reguladores Urgencias y Emergencias y Centros Regionales de Reserva del sector salud, 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 los pacientes afectados por urgencias, emergencias y desastres.

**Tabla 26. Traslferencias Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias**

Vigencias	Valor Millones \$
2010	\$ 240.0
2011	\$ 240.0
2012	\$ 240.0
2013	\$ 670.0
2014	\$ 660.0
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 2.050.0</b>

Fuente: OGTED Resoluciones números: 093/2010, 325/2011, 403/2012, 429/2013 y 071/2014

**Tabla 27. Traslferencias Centros Regionales de Reserva del Sector Salud**

Vigencias	Valor Millones \$
2010	\$ 60.0
2011	\$ 120.0
2012	\$ 120.0
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 300.0</b>

Fuente: OGTED, Resoluciones números: 093/2010, 325/2011, 403/2012, 429/2013 y 071/2014

### **Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva.**

Con el fin de apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realiza las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer el Centro Nacional de Reserva del Sector Salud y el Plan de Emergencias del Ministerio, con el objetivo de brindar apoyo y soporte adecuado a las entidades territoriales ante un evento catastrófico; el Centro Nacional de Comunicaciones, la Sala de Crisis y apoyo para el transporte y evacuación en casos de emergencia.



**Tabla 28. Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva**

Vigencias	Fortalecimiento	Valor Millones \$
2010	Centro Nacional de Reserva	\$ 480.0
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 152.5
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 356.0
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$ 988.5</b>
2011	Centro Nacional de Reserva	\$ 440.0
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 323.0
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 204.2
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$ 967.2</b>
2012	Centro Nacional de Reserva	\$ 560.0
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 261.0
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 186.0
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$ 1.007.0</b>
2013	Centro Nacional de Reserva	\$ 170.0
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 323.0
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 245.0
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$ 738.0</b>
2014	Centro Nacional de Reserva	\$ 332.3
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 283.5
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 174.5
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$ 790.3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 4.491.2</b>

Fuente: OGTED, Resoluciones números: 093/2010, 325/2011, 403/2012, 429/2013 y 071/2014

Fuente: Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres- OGTES-

## 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. Para el periodo 2010 - 2014, se realizó una apropiación por valor de \$ 34.466 millones de pesos con los que se pudieron apoyar cuatrocientos treinta y siete (437) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.



**Tabla 29. Plan Nacional de Salud Rural**

Vigencias	Instituciones Cofinanciadas/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor Millones \$
2010	116	6.718.0
2011	98	8.977.0
2012	121	9.246.9
2013	102	9.524.3
<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>34.466.3</b>

Fuente: Consolidado de Recursos Asignados por Minsalud a través OGTED - Años 2010 - 2011 - 2012 - 2013 y 2014.

Para la vigencia 2014, se tienen dispuestos recursos por valor de \$ 9.810 millones, con los cuales se espera apoyar aproximadamente ciento veinte (120) nuevos proyectos.

### **Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud**

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 a las poblaciones marginadas urbanas del país, a través de cofinanciación de proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la citada población. Para el periodo 2010 - 2014, se realizó una apropiación por valor de \$81.207.6 millones, con los que se pudieron apoyar doscientos setenta y nueve (279) proyectos en igual número de instituciones de salud del país

**Tabla 30. Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud**

Vigencias	Instituciones Cofinanciadas/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor Millones de \$
2010	32	\$ 2.078.7
2011	23	\$ 2.953.0
2012	84	\$ 43.042.3
2013	137	\$ 33.133.6
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>\$ 81.207.6</b>

Fuente: Consolidado de Recursos Asignados por Minsalud a través OGTED - Años 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014

Para la vigencia 2014, se dispone de recursos por valor de \$ 3.227 millones, con los cuales se espera apoyar aproximadamente treinta y dos (32) nuevos proyectos.



## Proyecto Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres:

Las principales actividades desarrolladas a través de este Proyecto son las siguientes:

Fortalecimiento de la estrategia Hospital Seguro frente a los Desastres: La citada estrategia busca fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de servicios de salud ante emergencias y desastres, así como determinar y ejecutar las acciones preventivas necesarias para su adecuada operación. Durante el periodo 2010 - 2014, fueron asignados recursos por un valor de \$ 1.969 millones de pesos.

**Tabla 31. Estrategia Hospital Seguro para Desastres**

Vigencias	Valor
2010	\$ 400.0
2011	\$ 539.0
2012	\$ 310.0
2013	\$ 500.0
2014	\$ 220.0
<b>Total</b>	<b>\$ 1.969.0</b>

Fuente: OGTED Resoluciones números: 3003/2010, 5463/2010, 459/2011, 4076/2012, 774/2014, convenio 310 /2013 con OPS.

Para la vigencia 2014, se asignaron recursos por valor \$220 millone , para la implementación de los planes de intervención hospitalaria en tres (3) Empresas Sociales del Estado de mediana y alta complejidad, con el fin de mejorar el Índice de Seguridad Hospitalaria.

Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología: Para el periodo 2010 - 2014, se asignaron recursos por valor de \$797 millones , con el propósito de brindar información y asesoría siete días por 24 horas acerca en relación con la atención inicial del paciente intoxicado.

Sensibilización en Protección a la Misión Médica: La finalidad de esta actividad es promover en las autoridades y la población en general, la necesidad de prestar ayuda y colaboración a quien porte el Emblema de la Misión Médica, facilitando su trabajo, el libre tránsito, el transporte de medicamentos e insumos sanitarios y la evacuación de heridos y enfermos en el marco de su misión humanitaria. Para el periodo 2010 - 2014, se asignaron recursos por valor de \$190 millones.

Otras actividades que se desarrollaron están relacionadas con la actualización de guías, la adquisición de equipos de comunicaciones y la asistencia técnica con el fin de



fortalecer la respuesta nacional, regional y local en situaciones de emergencias o desastres.

### Proyecto Mejoramiento de la Red de Urgencias

El “Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias”, tiene como objeto garantizar la prestación de servicios de urgencias, prehospituarios, hospitalarios a los habitantes del país que lo requieran, independiente de su condición socioeconómica, víctimas de eventos catastróficos y de accidentes de tránsito. Para el efecto, se deben utilizar los procedimientos técnico – científicos apropiados de acuerdo con el grado de severidad y complejidad. El programa está estructurado con los componentes hospitalarios, tecnológicos, transporte, insumos, comunicaciones, que permitan mejorar la capacidad de respuesta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ante una demanda en la atención de urgencias, emergencias o desastres por eventos naturales y/o antrópicos. Para el periodo 2010 - 2014, se asignaron recursos por valor de \$94.115.5 millones, con los cuales se fortalecieron 264 instituciones del país.

**Tabla 32. Fortalecimiento Red Nacional de Urgencias**

Vigencias	Instituciones Cofinanciadas/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor
2010	1	\$ 25.000.0
2011	46	\$ 24.452.5
2012	82	\$ 18.648.1
2013	135	\$ 26.054.8
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>\$ 94.115.5</b>

Fuente: Consolidado de Recursos Asignados por Minsalud a través OGTED - Años 2010 - 2011 - 2012 – 2013 y 2014

Para la Vigencia 2014, se asignaron recursos por valor de \$20.730 millones, con los cuales se espera apoyar ciento cuatro (104) instituciones del país.

### Participación Social

Durante los años 2010 y 2011, se promovió y promocionó el ejercicio de los espacios de participación en salud a nivel territorial, como son las veedurías ciudadanas, de los Comités de Participación Comunitaria y de las Asociaciones de Usuarios, a través de la asistencia técnica, brindada de manera directa y a través de los referentes de



participación social en salud, en los territorios y el seguimiento a la gestión que deben realizar las direcciones territoriales de salud.

En desarrollo del plan de asistencia técnica del Ministerio, en lo relacionado con el fortalecimiento a la participación social, se continuó con el proceso de promoción de la participación de manera efectiva, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en 8 departamentos (César, Guajira, Norte de Santander, Vichada, Nariño, Vaupés, Magdalena, Meta) y sus respectivos municipios.

Se formularon los indicadores en gestión del riesgo financiero, quejas y atención al usuario, en el marco del sistema de seguimiento y evaluación de la Ley 1122 de 2007, artículo 2 y la ley 1438 de 2011, artículo 111.

En el 2012, se inició un proceso de ajuste del Decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto Ley 1298 de 1994, dada la necesidad de ajustarlo a la normatividad actual y a los esquemas de manejo integrado de gestión en los territorios.

En desarrollo de lo anterior, se han organizado Encuentros Nacionales de Participación y Control Social en Salud, el primero de ellos llevado a cabo en el año 2012 y otro programado para el año 2014, con el objetivo de evaluar el funcionamiento de los mecanismos de participación social e identificar sus principales dificultades y concertar la estrategia que permita la construcción de la Política Nacional de Participación Social.

De otra parte, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 136, estableció que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

- Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.
- Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
- Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
- Participar activamente en los ejercicios de definición de política.
- Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.
- Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Para dar cumplimiento a lo anterior se diseñó una encuesta por cada una de las modalidades de participación social presentes en las entidades del sector salud, con el objetivo de establecer, de una forma concertada, los lineamientos que permitan definir la construcción de la política de participación social en salud a nivel nacional, orientado



de igual forma a fortalecer los niveles territoriales para la consolidación y seguimiento de la política pública de participación social.

De manera concertada con el Ministerio del Interior, se han implementado acciones en el desarrollo del Conpes 3661 de 2010, o Política Nacional para el fortalecimiento de los organismos de acción comunal, a través de la definición de unas de sus líneas de acción como responsabilidad del Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, invitar y promover en los departamentos y distritos la participación de los organismos de Acción Comunal en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y Veedurías Comunitarias en salud establecidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este sentido se pretende construir y desarrollar un abordaje conceptual y metodológico sobre la participación y control social del sector salud, a través de la realización de un diagnóstico sobre el estado actual de la participación y control social del sector salud, que contenga: (i) Nivel de desarrollo de las responsabilidades definidas en la normatividad vigente para los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. (ii) Nivel de implementación de las responsabilidades definidas en la normatividad vigente para los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

De igual manera, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, continua con su proceso de asistencia técnica a las entidades territoriales, entidades del sector y comunidad en la capacitación en el ejercicio de los derechos y deberes de la comunidad en la gestión de las instituciones y en la promoción y fomento de las instancias de participación en las gestión de las instituciones del sector.

### **3.12 Telemedicina**

Durante el período de reporte, se ha fortalecido la prestación de servicios de salud en el territorio nacional a la población que presenta limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica, con la prestación de servicios a través de la modalidad de Telemedicina. De acuerdo con lo reportado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, a 31 de Mayo de 2014, están inscritos 596 puntos de atención, con 2.144 servicios ubicados en 206 municipios de 32 departamentos. En el siguiente cuadro se detalla la composición de estos servicios por tipo de prestador y naturaleza jurídica.



**Tabla 33. Prestadores y Servicios Habilitados Bajo la Modalidad de Telemedicina**

Naturaleza jurídica	Centro de referencia		Prestador remitente		Total puntos atención	Total servicios
	Puntos atención	Servicios	Puntos atención	Servicios		
<b>Público</b>	34	168	200	1.029	222	1.163
<b>Privado</b>	193	563	208	457	370	957
<b>Mixta</b>	3	16	2	8	5	24
<b>Total</b>	230	747	410	1.494	596	2.144

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Corte mayo 31 de 2014

En cuanto a la conectividad en los prestadores públicos para el desarrollo de la prestación de servicios a través de telemedicina, se ha dado continuidad al trabajo conjunto con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones, en el marco del proyecto de banda ancha “Vive Digital”; de acuerdo con el reporte del Ministerio, con el proyecto nacional de fibra óptica, a diciembre de 2013, se han conectado 212 prestadores de servicios de salud públicos, en 196 municipios de 16 departamentos.

Con el fin de mejorar el acceso, la resolutivez, la calidad de la atención y la gestión de la información de los servicios prestados bajo la modalidad de telemedicina, se adelantó la formulación de documentos técnicos para la implementación del proceso de evaluación de la prestación de servicios de salud bajo esta modalidad, lo que incluye la línea de base como punto de partida. En este contexto se elaboraron: (i) el modelo de atención para la prestación de servicios bajo esta modalidad, (ii) el modelo de evaluación y monitoreo de la telemedicina, (iii) el protocolo de captura y análisis de datos para la línea de base, (iv) las preguntas de la encuesta de la línea de base. En la actualidad se está adelantando la captura de datos de la línea de base mediante una encuesta virtual en plataforma WEB.

Se elaboró y puso en marcha un convenio de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE), para el desarrollo de la Telemedicina en los municipios de fronteras. En su ejecución se han implantado servicios de telemedicina con recursos cercanos a los \$900 millones de pesos, asignados por el MRE, a 30 sedes de prestadores públicos ubicados en 28 municipios de fronteras.

### **3.13 Infraestructura Física y Dotación Hospitalaria**

Como parte de la implementación de estrategias orientadas al mejoramiento de la infraestructura física, en el marco del Proyecto de Vulnerabilidad Sísmica se efectuaron



acciones para establecer el programa y el tipo de reforzamiento a que deben ser sometidas las estructuras de los hospitales que presentan deficiencias en tales aspectos, a fin de asignar recursos para apoyar el desarrollo de obras de reforzamiento estructural y efectuar el seguimiento a las mismas.

En desarrollo de este proyecto, en el período 2010-2014, se asignaron recursos por valor de \$56.462.3 millones para la reducción de la vulnerabilidad sísmica estructural de instituciones hospitalarias que se encuentran en zonas de amenaza sísmica alta o intermedia. En total, se beneficiaron veinticinco (25) Empresas Sociales del Estado, de trece (13) Entidades Territoriales.

Con el propósito de fortalecer la capacidad técnica y operativa de las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales y Distritales, se ha prestado asistencia técnica permanente para el desarrollo de la infraestructura física hospitalaria. Se otorgó viabilidad técnica al desarrollo de 405 proyectos de infraestructura y dotación, con un valor estimado de \$1.191.081 millones y un área a intervenir de 685.665 metros cuadrados.

Considerando que, en diferentes grados y situaciones, la infraestructura pública en salud resulta insuficiente, inadecuada y carece del mantenimiento requerido, y el equipamiento biomédico es obsoleto, insuficiente y no ofrece condiciones apropiadas para la resolutivez de los servicios, el Ministerio adelantó estrategias y proyectos para mejorar su capacidad resolutivez en el marco de las redes de prestación de servicios de salud.

En este contexto, en la vigencia 2013, se formuló e implementó el Proyecto de Fortalecimiento de la Capacidad Instalada, priorizando los servicios de mediana y baja complejidad, asignando recursos por \$21.354 millones a través de la Resolución 4691 de 2013, mediante la cual se destinaron \$7.000 millones a la ESE Hospital Civil de Ipiales, para la construcción de una torre de prestación de servicios; y la Resolución 4915 de 2013, por valor de \$14.354 millones, para proyectos de dotación de equipos biomédicos de 60 Empresas Sociales del Estado de nueve departamentos.

Así mismo, en el primer semestre de 2014, se formuló un nuevo proyecto de inversión que prevé recursos destinados al mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria en el ámbito nacional, para contribuir al aumento de la resolutivez, la calidad y el acceso a la prestación de servicios de salud, con un período de ejecución previsto de cuatro años, a partir de 2015.

Como consecuencia de la ola invernal asociada al Fenómeno de la Niña 2010 – 2011, con recursos del proyecto del Fondo Nacional de Calamidades, en convenio entre Colombia Humanitaria y el Ministerio de Salud y Protección Social, se asignaron recursos por valor de \$43.444.9 millones, para adelantar estudios de preinversión de



obras mayores, ejecutar obras menores y mayores con las correspondientes interventorías, y dotación para adecuaciones menores, en trece entidades territoriales.

### 3.14 Tecnologías en Salud

#### Política Farmacéutica Nacional

El 30 de agosto de 2012, fue aprobado el Documento CONPES 155; en este documento se establecen 10 líneas estratégicas para desarrollar en el periodo 2012 a 2021. El problema central de la situación farmacéutica nacional es el acceso inequitativo a los medicamentos y la deficiente calidad de la atención. A esta problemática se asocian cinco grandes causas identificadas como: 1) uso inadecuado e irracional de los medicamentos y deficiente calidad de la atención, 2) uso ineficiente de los recursos financieros de la salud e inequidad en el acceso a medicamentos, 3) oferta, suministro y disponibilidad insuficiente de medicamentos esenciales, 4) ausencia de transparencia, baja calidad de la información y escaso monitoreo del mercado farmacéutico y 5) debilidad en la rectoría y en la vigilancia.

El documento CONPES, establece la necesidad de recursos por más de \$250.000 millones de pesos, para el desarrollo de la política farmacéutica y realiza recomendaciones puntuales a los diferentes sectores gubernamentales para su cumplimiento, entre los que se encuentran, además del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Relaciones Exteriores, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS, Departamento Nacional de Planeación DNP y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

Alrededor de estos lineamientos de política, se avanza en la consolidación y ejecución del plan de acción 2012-2021, cuyos principales componentes relacionan elementos de regulación del sector, levantamiento de información, conformación de alianzas interinstitucionales y creación de la Comisión Intersectorial de Política Farmacéutica, como organismo integrador para el establecimiento de lineamientos estratégicos que posibiliten el acceso efectivo y equitativo a medicamentos a la población, el uso racional de medicamentos y la calidad en la prestación de servicios farmacéuticos.

Así mismo, esta política se articula con el Plan Decenal de Salud Pública, en las 8 dimensiones prioritarias y las 2 dimensiones transversales, con elementos claves como promover, fomentar e incentivar la oferta, la innovación y producción nacional de medicamentos estratégicos, favorecer el acceso universal a medicamentos y servicios



farmacéuticos esenciales, fortalecer la farmacovigilancia y articular la Política Farmacéutica con el sistema de evaluación de tecnologías.

## Medicamentos y Productos Farmacéuticos

La Política Farmacéutica Nacional, apunta a resolver dificultades basadas principalmente en tres componentes como son acceso, uso adecuado y calidad de los medicamentos, dando alcance a los lineamientos definidos. El Ministerio de Salud y Protección Social, ha venido realizando reformas y dando nuevos lineamientos para regulación del sector, los cuales se relacionan a continuación

**Tabla 34. Normatividad Relacionada con Medicamentos y Productos Farmacéuticos**

Norma	Fecha de Expedición
Resolución 1229 de 2013 "Por el cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano"	23 de abril de 2013
Resolución 1604 de 2013 "Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones"	17 de mayo de 2013
Resolución 2340 de 2013 "Por medio de la cual se modifica el artículo 7° de la Resolución 1478 de 2006, modificado por los artículos 8°, 5° y 1° de las Resoluciones 2335, 3962 de 2009 y 2593 de 2012, respectivamente."	28 de junio de 2013
Resolución 2535 de 2013 "Por la cual se reglamenta el artículo 91 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 117 del Decreto- Ley 019 de 2012"	11 de julio de 2013
Resolución 3619 de 2013 "Por la cual se expide el Manual de Buenas Prácticas de Laboratorio de control de calidad de productos farmacéuticos, se establece la guía de evaluación y se dictan otras disposiciones"	17 de septiembre de 2013
Resolución 719 de 2014 "Por la cual se modifica la Resolución número 3619 de 2013".	11 de marzo de 2014
Resolución 1606 de 2014 "Por la cual se establece lineamientos técnicos para la presentación de información en el control de vacunas"	02 de mayo de 2014

Fuente: Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

## Donación y trasplantes de Componentes Anatómicos

Desde la creación de la Red de Donación y Trasplantes, a través del Decreto 2493 de 2004, el incremento de los niveles de donación de componentes anatómicos en Colombia venía presentando un crecimiento notable, pasando de una tasa de donación de 9.9 donantes por millón, de población en el 2006, a 12.5 donantes por millón, de población en el 2010; sin embargo, para el año 2012, se presentó una disminución en la tasa de donación efectiva por millón de población, ubicándose en 10.2 (DANE, población proyectada 2012: 46'581.372).

De acuerdo con el Informe final Red de Donación y Trasplantes 2012, presentado por el Instituto Nacional de Salud, se realizaron 1.108 trasplantes de órganos, que



representa un aumento del 2.1% al 7.5%, en comparación con el número de trasplantes realizados en el año 2011, cuando se realizaron 1.085 trasplantes. Durante el año 2012, aumentó en un 20.7% el número de trasplantes cardiacos, frente al año 2011. También aumentó el número de trasplantes pulmonares en un 100% y en 11.9% el número de trasplantes Hepáticos. Se presentó una disminución de 3.1% en el número de trasplantes renales. Colombia alcanzó una tasa de 23,8 trasplantes por millón de población (DANE, población proyectada 2012: 46'581.372).

En la actualidad existen en Colombia 24 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, habilitadas con programas de trasplante de riñón, corazón, pulmón, páncreas e hígado y 12 bancos de tejidos, distribuidos en las 6 Coordinaciones Regionales creadas mediante las Resoluciones 2640 de 2005 y 3272 de 2011.

El citado informe, define que durante el año 2011, se realizaron 4 trasplantes a receptores extranjeros no residentes en Colombia, que representa el 0.36% del total de trasplantes realizados en el 2012.

Es importante resaltar que con el fin de aumentar la detección de donantes potenciales en la Instituciones Prestadoras de Salud, para satisfacer la creciente necesidad de componentes anatómicos para trasplante, se incluyó en la Resolución 1441 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios, que las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos y pediátricas, para garantizar el cumplimiento de las actividades de la gestión operativa de la donación.

### **Acceso, suficiencia y seguridad de componentes sanguíneos**

Durante el año 2012, 85 bancos de sangre colectaron 746.059 unidades de sangre, para satisfacer las necesidades de los colombianos, de las cuales el 84% provenían de donantes voluntarios.

El trabajo conjunto con el Invima, para la actualización de la Guía de inspección a bancos de sangre, redundó en el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria, y el consecuente cierre de bancos de sangre que no cumplen con los estándares de calidad fijados en la norma.

En septiembre de 2012, se realizó la construcción conjunta del Plan Subregional Andino de Seguridad Transfusional, teniendo en cuenta la promoción de la donación voluntaria altruista habitual de sangre, con recomendaciones de auto identificación de las conductas de riesgo en población vulnerable para la autoexclusión, como conducta solidaria.



El programa de evaluación externa del desempeño en serología e inmuno hematología se lleva a cabo en el 100% de los bancos de sangre del país.

En la vigilancia epidemiológica se resalta el énfasis realizado en el tema de pruebas confirmatorias, a los donantes de sangre que resulten reactivos en las pruebas de tamizaje para unidades de sangre, y su posterior canalización hacia el sistema de salud. Dicho proceso implicó la detección de 31.866 donantes que resultaron reactivos para enfermedades infecciosas de interés en medicina transfusional (HIV, Hepatitis B y C, Chagas, Sífilis y HTLV), significando una adecuada y oportuna intervención en la cadena de transmisión de la infección.

Como resultado de este trabajo, el 14 de febrero de 2014, se emitió la Resolución 437 de 2014 “Por la cual se establece la práctica obligatoria de prueba de anticuerpos contra el virus infotrópico de células T humanas I/II(HTLV I/II) y la detección de anticuerpos contra el antígeno Core del virus de la hepatitis B anti HBC”.

Es importante mencionar que se avanza en el desarrollo de la Política Nacional de Sangre 2014 – 2024, buscando garantizar el acceso oportuno y equitativo de la población colombiana a sangre segura, procurando minimizar los riesgos a través de su uso racional.

### **Sistema de información**

De manera complementaria a lo ya enunciado, desde el año 2013, se avanza en el diseño y desarrollo del “Sistema de información para medicamentos y tecnologías en salud”, el cual integra importantes objetivos para Colombia, tales como: registro, análisis y evaluación de procesos del sistema de órganos, tejidos y células, procesos del sistema de la Red de bancos de sangre del país, estándares semánticos de Tecnologías en Salud (Medicamentos, Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos).

### **Fortalecimiento a la Política Farmacéutica a través de proyectos de Cooperación Técnica - internacional**

Como parte del fortalecimiento de la gestión de la DMTS, en articulación con la Oficina de Cooperación del Ministerio, se encuentran en desarrollo los siguientes proyectos:

- Convenio en cooperación con el BID, para **“Identificación, descripción y análisis de cadenas logísticas de provisión de medicamentos y propuestas de intervención”**, con un total de recursos no reembolsables asignados de US\$ 500.000, (\$889,995,000 pesos), que permitirá fortalecer el desarrollo de la política farmacéutica en Colombia.



- Convenio con la International Atomic Energy Agency IAEA - COL9008 – **“Generación de infraestructura reguladora para el control de equipos emisores de radiaciones ionizantes”**, cuyo objetivo permitirá establecer un sistema de regulación en el Ministerio de Salud y Protección Social, para el control de las aplicaciones médicas e industriales que utilizan rayos X y aceleradores lineales, con un monto de recursos de cooperación que asciende a la suma de 319.200 Euros, con una contrapartida nacional de 15.960 Euros. Al respecto, el pasado 16 de mayo de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 1836, por la cual se reconocen los gastos nacionales de participación al organismo Internacional de energía Atómica – OIEA para el desarrollo del proyecto.

### 3.15 Prevención y Control del Cáncer

Se anexan contenidos adicionales a los presentados en el Plan Decenal de Salud Pública.

Conocedores de la problemática que ha representado el cáncer infantil en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha priorizado acciones determinantes para controlar la situación de los niños con esta enfermedad, El logro más recientes en esta materia, es la definición y adopción de la ruta de atención para niños con presunción o diagnóstico de leucemia. Esta ruta articula las acciones definidas en la reglamentación y establece las responsabilidades que deberán cumplir las entidades territoriales, departamentales y municipales; las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); los laboratorios de patología, citohistología y/o histotecnología; el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar la atención integral y de calidad a los niños con esta enfermedad.

El Instituto Nacional de Cancerología elaboró e hizo el lanzamiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer. Este documento constituye la hoja de ruta del país para abordar uno de sus principales problemas de salud pública.

#### **Reducción de la mortalidad por cánceres asociados al tabaco e infección.**

Los cánceres asociados a tabaco (orofaringe, esófago, laringe) e infección (estómago, cuello uterino), se relacionan con condiciones socioeconómicas desfavorables. Su reducción es un indicador indirecto del mejoramiento en determinantes sociales de la salud. En el caso del cáncer de cuello uterino hay una marcada diferencia en el descenso de la mortalidad entre niveles educativos sugiriendo una mejoría en el



acceso a los servicios preventivos para las poblaciones más pobres que es adonde se concentra la mortalidad por esta causa

### **Implementación de modelos alternativos para la detección temprana de cánceres de cuello uterino y mama.**

Introducción de abordajes programáticos y tecnologías novedosas para la detección temprana de cáncer de cuello uterino (“ver y tratar” en una visita) en regiones con difícil acceso a los servicios (Amazonas, Guajira, Caquetá, Costa Pacífica). Se inició un abordaje programático alternativo (tamización de base hospitalaria), para cáncer de mama en cinco capitales del país (Pereira, Cali, Bucaramanga, Bogotá y San Andrés).

Inicio de la verificación de condiciones de habilitación de servicios oncológicos desde el nivel nacional.

Se inició la habilitación de servicios oncológicos por el Ministerio de Salud con apoyo técnico del Instituto Nacional de Cancerología, como principio de organización para un mercado especializado y de difícil control en el gasto en salud.

### **Fortalecimiento del sistema de información en cáncer.**

Durante 50 años, el país basó sus datos de incidencia en la información del registro poblacional de cáncer de Cali. En 2013 fueron validados por la IARC-OMS, tres registros más (Pasto, Manizales, Bucaramanga), que permitirán tener información ajustada a la diversidad regional de Colombia. Adicionalmente, se implementó el sistema de información de la cuenta de alto costo para cáncer.

## **3.16 Desarrollo de la Calidad del Talento Humano en Salud**

### **Formación y fortalecimiento de perfiles y competencias acordes con las necesidades en salud de la población**

Se impulsó el desarrollo del enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria a través del fortalecimiento de la oferta de formación especializada en este campo en todo el territorio nacional, en un trabajo que ha convocado la participación de más de 20 universidades, entidades territoriales, EPS, IPS y médicos familiares. En este marco, se definieron el perfil y las competencias del médico familiar para Colombia y se diseñó un programa curricular unificado para orientar la formación en todo el país.



La iniciativa se ha socializado en los departamentos de Boyacá, Guainía, Nariño, Atlántico, San Andrés y Providencia, generando compromisos concretos entre los distintos actores para facilitar la apertura y ampliación de programas y cupos para formar médicos familiares, según sus propias necesidades. Este mismo proceso se inició para promover la formación de especialistas multidisciplinarios en salud familiar.

También se realizaron gestiones intersectoriales para la concertación de estrategias para la incorporación del enfoque intercultural en el diseño, desarrollo y evaluación de proyectos formativos y se avanzó en la armonización de las medicinas y terapias alternativas y complementarias, mediante el análisis de necesidades en áreas como talento humano, prestación de servicios, medicamentos, calidad, seguridad, cooperación, entre otros, para la construcción de una política pública que oriente su desarrollo.

Con la participación de las facultades del área de la salud, las organizaciones profesionales y la Academia Nacional de Medicina, se culminó la identificación de las competencias profesionales de medicina, enfermería, odontología, instrumentación quirúrgica, nutrición y dietética, consolidadas en sendos documentos que están disponibles en la página web del Ministerio. Se avanzó en la definición de competencias de terapia respiratoria, optometría y bacteriología, y se iniciaron reuniones de trabajo para química farmacéutica, sicología, terapia ocupacional y fonoaudiología. Estos documentos son referentes clave para mejorar la pertinencia de la formación y orientar la gestión del talento humano en las instituciones del sistema de salud hacia las características y necesidades de la población colombiana.

También se inició la capacitación de más de 4.500 profesionales de la salud en la atención de enfermedades transmitidas por vectores- ETV- : dengue, chagas y malaria, iniciativa que contó con el apoyo de la Federación Médica Colombiana. De ellos, más de 1.500 completaron su formación y cerca de 3.000 culminarán en el tercer trimestre de 2014. Se ha dado prioridad a la capacitación de profesionales ubicados en las zonas de mayor impacto de las ETV, a fin de mitigar su transmisión, evitar muertes y darle un manejo integrado en asociación con la comunidad.

Los contenidos del programa fueron diseñados en la modalidad de curso virtual no presencial, sobre la guía avalada por el Ministerio de Salud y protección Social.

### **Calidad de la formación del talento humano en salud y relación docencia servicio.**

Mediante acciones coordinadas con el Ministerio de Educación Nacional, se verificaron las condiciones de 161 instituciones prestadoras de servicios de salud, como escenarios de práctica para la formación de técnicos, tecnólogos y especialistas del área de la salud, y se realizó la evaluación de la relación docencia servicio de 529



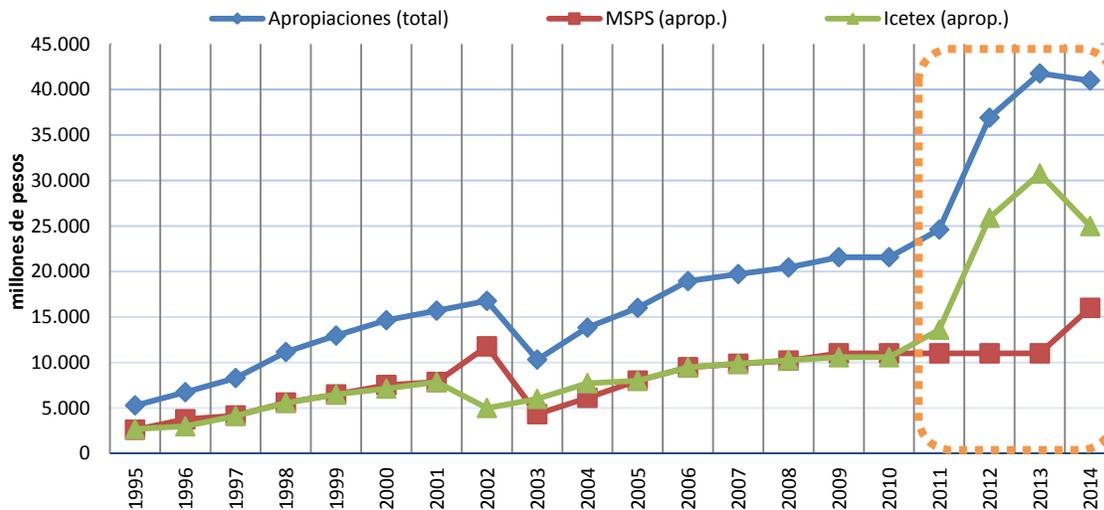
programas académicos, que realizan prácticas en 360 IPS. Con esta evaluación, los procesos formativos ofrecen garantías de calidad para los estudiantes, docentes, pacientes y usuarios de los servicios.

De otro lado, en 2014 tres instituciones lograron el reconocimiento como Hospitales Universitarios: Fundación Santa Fe de Bogotá, Fundación Cardiovascular de Colombia y Hospital Pablo Tobón Uribe, mientras que otras se encuentran en procesos de evaluación para obtener dicho reconocimiento. Esto es una evidencia más del compromiso de las instituciones de salud con el desarrollo armónico, responsable y de calidad de los procesos de docencia, investigación y prestación de servicios de salud.

### Apoyo a la formación de especialistas.

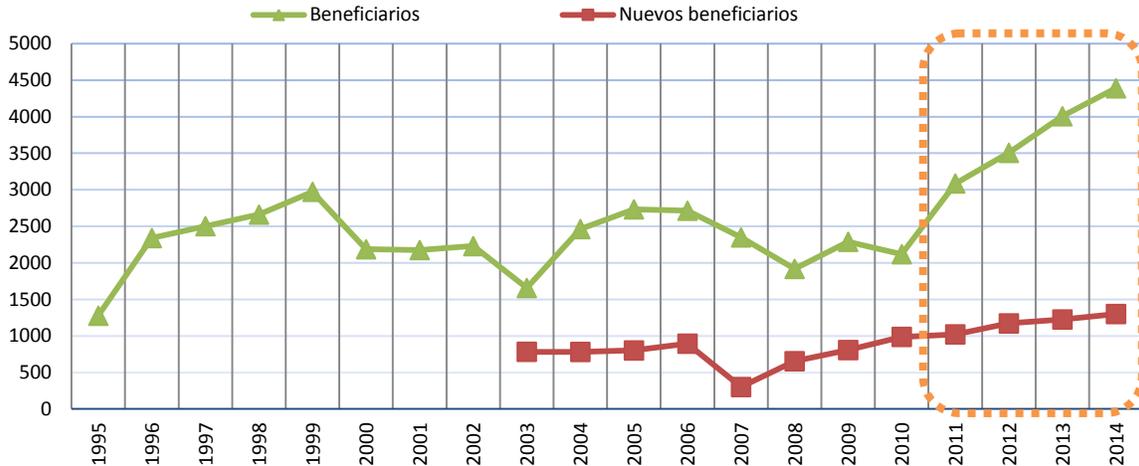
Para incentivar la formación de médicos especialistas requeridos por el país y mejorar las condiciones de los residentes, el gobierno aumentó en forma significativa los recursos del programa de becas crédito Ley 100/93 para la formación de especialistas: entre 2011 y 2014, se apropiaron \$144.000 millones de pesos, a través de los presupuestos del Icetex y del Ministerio de Salud y Protección Social, lo que permitió otorgar 4.717 nuevas becas, con un crecimiento de más 70% frente al período 2006-2010. Las becas se otorgaron dando prioridad a las especialidades básicas para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.

**Gráfico 20. Recursos Apropriados Anualmente para el Programa, según Institución millones de pesos**



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

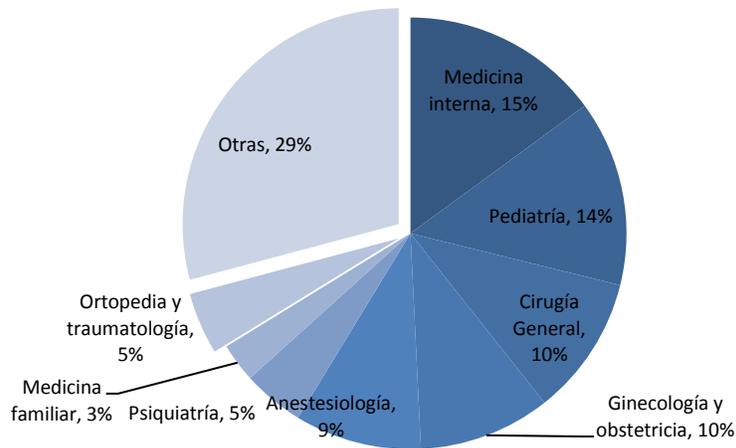
**Gráfico 21. Beneficiarios Anuales del Programa**



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

De esta forma, desde 2010 se vienen vinculando más de mil profesionales nuevos en cada convocatoria, en 2013 se logró una cifra histórica de más de 4.000 beneficiarios que recibieron el apoyo<sup>28</sup> del programas de becas crédito.

**Gráfico 22. Beneficiarios del Programa, según Especialidad. 2013**



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

<sup>28</sup> Beneficiarios a los que se realizó al menos un giro de recursos en 2013.



Del total de los beneficiarios de 2013, el 66% se encontraban cursando una de las especialidades priorizadas en el país: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, anestesiología, cirugía general, medicina familiar y psiquiatría. Para 2014, se destinaron \$41.000 millones, con los que se espera vincular 1.300 nuevos beneficiarios en el programa, para continuar ampliando la cobertura en las especialidades priorizadas.

### **Gestión del conocimiento y la información del talento humano en salud**

Se consolidó una base de datos de talento humano en salud con más de 466 mil registros de auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas autorizados para ejercer en el país, que ha permitido identificar aspectos referentes a la composición, distribución y remuneración del personal sanitario en Colombia. Este es uno de los principales insumos para el desarrollo del Registro Único de Talento Humano en Salud.

Los resultados de los primeros análisis de esta información se encuentran en documentos disponibles en la página web del Ministerio: i) *Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2010*; ii) *Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2012*; y iii) *Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, 2013*. Este último documento publicado en la Revista Monitor Estratégico de la Superintendencia Nacional de Salud.

Además, en 2013 se realizó el estudio “*Disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*” publicado en el Observatorio de Talento Humano en Salud, y se elaboró la caracterización de los escenarios de práctica clínica de los programas de especialización médico-quirúrgicas. Este trabajo permitió establecer el número de residentes que rotan en cada IPS, detallando programa, período académico y porcentaje de rotación de cada programa, lo cual es un insumo valioso para la toma de decisiones y el diseño de políticas en temas de formación de especialistas.

### **Gestión del ejercicio y el desempeño del talento humano en salud.**

Se fortaleció el Servicio Social Obligatorio- SSO-, como estrategia que busca cubrir las necesidades de salud de población deprimida y de regiones apartadas, con la prestación por parte de profesionales en Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología. Mediante la introducción de la reglamentación al artículo 33 de la Ley



1164 de 2007, y la implementación de mecanismos y herramientas para la automatización de los procesos de asignación de plazas y de la información de profesionales y plazas, se ha logrado una distribución más equitativa de profesionales en los diferentes departamentos y se cuenta con una base de datos de las mismas aprobadas en todo el territorio nacional.

La depuración, organización y sistematización de la información sobre las plazas de servicio social obligatorio disponibles en el país, permitió mejorar los procesos de asignación de las mismas, a los profesionales recién graduados que deben cumplir este requisito. Hoy se tiene una base con 6.793 plazas, identificadas con un código y clasifica por profesión, departamento, municipio e institución:

**Tabla 35. Plazas de Servicio Social Obligatorio Disponibles en el país**

Profesión	Plazas
Medicina	4.383
Enfermería	1.136
Odontología	779
Bacteriología	495
<b>Total</b>	<b>6793</b>

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Paralelamente, se diseñó un curso virtual de inducción para facilitar el cumplimiento del servicio social obligatorio a los profesionales de la salud, fortaleciendo sus competencias en los temas de salud pública y otros de alta recurrencia e impacto, y se fortaleció la asistencia técnica a las entidades territoriales en temas relacionados con la vinculación y gestión de los profesionales en SSO.

Con relación al fortalecimiento de las organizaciones profesionales del área de la salud, se han seleccionado los colegios delegatarios de las funciones públicas establecidas en la Ley 1164 de 2007, para las profesiones de Fonoaudiología, Química Farmacéutica, Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Bacteriología y Psicología, las dos últimas por delegación legal.

Se realizó la gestión y distribución de recursos asignados a los Tribunales Nacionales de Ética en el Presupuesto General de la Nación para 2014, así:

**Tabla 36. Recursos Asignados a Tribunales de Ética**

Tribunal	Millones de \$
Tribunal nacional de ética médica Ley 23 de 1981	744.4
Tribunal nacional de ética odontológica Ley 35 de 1989	321.6
Tribunal nacional ético de enfermería Ley 266 de 1996	247.4
<b>Total</b>	<b>1.313.5</b>

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



Durante el período 1 de Junio de 2013 a 30 de mayo de 2014 se expidieron 6.187 tarjetas profesionales de médicos, 191 resoluciones de autorización para el ejercicio de la anestesiología y se emitieron 15 permisos transitorios para el ejercicio de profesionales de la salud extranjeros, en desarrollo de misiones humanitarias y científicas.

### **3.17 Acciones entidades prestadoras de servicios de salud del orden nacional**

#### **Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”**

La Empresa Social del Estado Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, es una IPS de Tercer Nivel de Complejidad, Centro de Referencia a Nivel Nacional de Patología Cutánea, adscrita al Ministerio de Salud y de la Protección Social. En su objetivo social maneja cuatro ejes fundamentales: la atención especializada en piel, la docencia para formar nuevos dermatólogos, la investigación en materia cutánea, y el apoyo al Gobierno Nacional en lo de su competencia.

La Entidad, goza de gran reconocimiento técnico nacional e internacional, y su área asistencial se caracteriza por prestar servicios con unos altos estándares de calidad; cuenta con las certificaciones ISO 9001; NTCGP 1000, ISO 14001 y en Buenas Prácticas Clínicas; asimismo, es una de las treinta y dos (32) entidades hospitalarias en el país que tiene la certificación de Acreditación en Salud, que otorga el Ministerio de la Protección Social, a través del ICONTEC. Esa Acreditación en Salud, desde el año 2009, posee el aval de la International Society for Quality in Health Care (ISQua).

Entre las mejoras y logros en los servicios asistenciales, se tienen los siguientes:

- La entidad dentro los objetivos misionales tiene la docencia, para lo cual combinan actividades de atención especializada en salud con actividades académicas, educativas y de investigación para la formación de personal, como son especialistas en dermatologías, pregrado bacteriología y medicina y residentes de otras especialidades.
- La institución cuenta con siete convenios docentes asistenciales con la Universidad Nacional de Colombia, Colegio Mayor de Cundinamarca, Fundación Universitaria Sanitas, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Universidad Militar Nueva Granada, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud y Universidad CES. Durante el año 2013, el Centro Dermatológico implementó 7 campos de prácticas para investigación (6 cupos en programas de maestría y uno en doctorado) con la universidad Nacional, como parte de los



requisitos de la Resolución 3409 de 2012 la cual requiere contar con procesos orientados a la formación investigativa entre la IPS y la institución de educación superior, garantizando un número de dieciséis residentes activos en dermatología, lo que contribuye con dos nuevos médicos dermatólogos por año.

- Servicio domiciliario de medicamentos en una ESE. El Centro Dermatológico cuenta con una farmacia directa, que no solo provee medicamentos y afines a nivel hospitalario sino también ambulatorios. A petición de los usuarios, dentro del sistema integrado de garantía de la calidad, desde febrero de 2012 se presta el servicio a domicilio, luego de proferido el concepto No. 295525 de 2010 del entonces Ministerio de la Protección Social. También mediante el concepto No. 364881 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social se hace venta a usuarios de otras IPS que cuentan con la correspondiente fórmula médica.
- Armonización del sistema integrado de garantía de la calidad. El Centro Dermatológico debe interconectar cuatro esferas que componen, en forma institucional, el sistema de garantía de calidad; primera, el sistema de gestión con las certificaciones ISO 9001, MECI y NTC GP 1000; segunda, el sistema obligatorio de garantía de la calidad con habilitación, sistema de información para la calidad, PAMEC y acreditación en salud; tercero, el sistema de gestión ambiental con la certificación ISO 14001 y el entorno ambiental y desarrollo sostenible, y; las buenas prácticas clínicas en investigación (GCP), de no hacerlo se pondría en riesgo la calidad organizacional y el mantenimiento de las certificaciones y acreditaciones.

Los indicadores de gestión y calidad se muestran a continuación

**Tabla 37. Indicadores de Gestión de Calidad Mayo 2014**

Indicador	Resultado
Evaluación Promedio de la Historia Clínica.	90 / Meta 90
Tutelas o Demandas por Fallas en el Servicio.	0
Oportunidad de Respuesta a las Manifestaciones del Usuario.	5,74 días/ Meta: 7 días

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

**Tabla 38. No Indicadores de Gestión del Proceso de Servicio Junio 2014**

Indicador	Resultado	Meta
Oportunidad de la Cita (días).	5,7	10
Tiempos Promedio de Atención en Cajas (minutos).	7,29	20
Cumplimiento Promedio del Laboratorio (%).	100	100
Satisfacción del Usuario (%).	96,17	96

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

La entidad, cuenta con dos grupos de investigación reconocidos por Colciencias: Dermatología Tropical y Dermatología General, clasificados en categoría A y B respectivamente, cuyo impacto social en la última medición alcanzó un 100% sobre



una meta del 80%. En abril de 2014, Colciencias ratificó el reconocimiento de los grupos que tiene el Centro Dermatológico. El rango de evaluación va de A1 a D siendo A1 la mejor clasificación.

## **Sanatorio de Contratación**

En cumplimiento de su objeto social, la entidad ha venido prestando servicios de salud de baja complejidad a los enfermos de lepra y población en general.

Durante la vigencia 2013, se ejecutó el convenio suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, para desarrollo de actividades de capacitación en el manejo integral de la enfermedad de Hansen y asistencia técnica al personal de salud, seguimiento a convivientes y pacientes de Hansen y búsqueda de sintomáticos de piel y SNP en 8 departamentos con alta carga de esta enfermedad (Bolívar, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Magdalena, Boyacá, Cesar y Atlántico), realizando visita a los 28 municipios programados: Bolívar (Simití, San Pablo Sur, Rio Viejo), Atlántico (Soledad, Sabanalarga, Ponedera, Luruaco, Candelaria), Cesar: (Astrea, Codazzi, Rio de Oro), Norte de Santander (Abrego, Villa del Rosario, Labateca, Puerto Boyacá), Santander: (Mogotes, Cimitarra, Puente Nacional), Boyacá: (Sogamoso, Duitama, Miraflores), Antioquia: (Turbo, Mechí, Caramanta). Magdalena: (Ariguaní, Guamal y San Sebastián). Se detectaron 21 casos nuevos de enfermedad de lepra.

Además, a partir del 2 de septiembre de 2013, se ejecutaron actividades para el cumplimiento del convenio 003718, con la Secretaria de Salud de Santander, realizando 24 visitas a municipios programados, para la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, asistencia técnica al Programa Hansen, prevención de discapacidad, valoración clínica a pacientes de Hansen y convivientes (Bucaramanga, Aratoca, Charalá, Mogotes, Barichara, San Gil, Puente Nacional, Socorro, Vélez, Málaga), valoración clínica a sintomático de piel y sistema nervioso periférico de convivientes y pacientes de Hansen, diagnosticados en los últimos 10 años, en los municipios de Guavatá, La Paz, La Belleza, Barbosa, Sabana de Torres, Puerto Wilches, San Vicente de Chucuri, Betulia, Cabrera, Confines), tres visitas de seguimiento a la implementación de la estrategia rehabilitación basada en comunidad, en los municipios de Cimitarra, El Carmen de Chucuri, Barrancabermeja, Bucaramanga, Floridablanca, Aratoca, Charalá, Mogotes, Barichara, Puente Nacional. Se detectaron 9 nuevos casos de enfermos de lepra.

Durante el mes de diciembre, el Ministerio de Salud y Protección Social, otorgó 34 nuevos cupos de subsidios con cargo a la pagaduría del Sanatorio de Contratación E.S.E, de los se adjudicaron 23 nuevos subsidios de Hansen, teniendo en cuenta los cupos asignados.



Durante la el segundo semestre de la vigencias 2013 y lo corrido del 2014, se han prestado servicios de primer nivel a la población en general afiliada a EPS y ARS con presencia en el municipio de Contratación así:

**Tabla 39. Consolidado Servicios Medico-Hospitalarios Prestados Segundo Semestre Año 2013**

Servicios	Usuarios	Total
Consulta Ambulatoria	Otros	6.460
	HANSEN	432
	<b>TOTAL.</b>	<b>6.892</b>
Consulta De Urgencias	Otros	1.181
	HANSEN	11
	<b>TOTAL.</b>	<b>1.192</b>
Consulta Ortopedia		143
Medicina Interna	Otros	30
	HANSEN	122
	<b>TOTAL.</b>	<b>152</b>
Sala Observacion		196
Hosp Pacientes	Otros	240
	HANSEN	39
	<b>TOTAL.</b>	<b>279</b>
Dias Estancia	Otros	1.122
	HANSEN	58
	<b>TOTAL.</b>	<b>1180</b>
Partos		2
Odontología Procedimientos	Otros	4.405
	HANSEN	236
	<b>TOTAL.</b>	<b>4.641</b>
Odontología No. Pacientes	Otros	1.997
	HANSEN	146
	<b>TOTAL.</b>	<b>2.143</b>
Radiología Imágenes	Otros	655
	HANSEN	65
	<b>TOTAL.</b>	<b>720</b>
Radiología No. Pacientes	Otros	655
	HANSEN	65
	<b>TOTAL.</b>	<b>720</b>
Laboratorio Exámenes	Otros	9.264



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

Servicios	Usuarios	Total
	HANSEN	933
	<b>TOTAL.</b>	<b>10.197</b>
Laboratorio No. Pacientes	Otros	2.589
	HANSEN	287
	<b>TOTAL.</b>	<b>2.876</b>
Electro Cardiograma	Otros	273
	HANSEN	12
	<b>TOTAL.</b>	<b>285</b>
Citologías		308
Nebulizaciones	Otros	1.002
	HANSEN	149
	<b>TOTAL.</b>	<b>1.151</b>
Nebulizacion No. Pacientes	Otros	141
	HANSEN	15
	<b>TOTAL.</b>	<b>156</b>
Terapia Respiratoria	Otros	5
	HANSEN	10
	<b>TOTAL.</b>	<b>15</b>
Terapia Resp. No. Pacientes	Otros	2
	HANSEN	2
	<b>TOTAL.</b>	<b>4</b>
Terapia Fisica	Otros	1.227
	HANSEN	6.231
	<b>TOTAL.</b>	<b>7.458</b>
No. Pacien. T. Fisica	Otros	148
	HANSEN	380
	<b>TOTAL.</b>	<b>528</b>
Servicio Ambulancia	Urg.Otros	213
	URG.HANSEN	108
	<b>TOTAL.</b>	<b>321</b>
Remisiones Urgencias	Urg.Otros	213
	URG.HANSEN	122
	<b>TOTAL.</b>	<b>335</b>
Remisiones Especialistas Consulta Externa		436
Urg. Traumatolog.	Urgencias	262

Fuente : Sanatorio de Contratación



En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello, se presta el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a setenta y un (71) enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad.

## Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles

La prestación de servicios de salud a los usuarios del Fondo se realiza en dieciocho (18) departamentos (76 municipios). Se observa disminución, la cual se explica por las novedades de desafiliación (vencimiento de requisitos), en mayor proporción y retiros por fallecimiento del cotizante.

**Prestación de Servicios de Salud como (Entidad Adaptada):** En la siguiente tabla se relaciona el número total de actividades asistenciales anuales realizadas a los usuarios afiliados al FPSFCN en todo el país.

**Tabla 40. Actividades Asistenciales Promedio Realizadas a los Usuarios Afiliados**

PROMEDIO POR USUARIO %						
SERVICIO	2010	2011	2012	2013	2014	PROMEDIO
Medicina General	3,31	3,75	3,68	3,54	4,33	3,72
Medicina Especializada	2,28	2,47	2,50	2,47	3,34	2,61
Odontología	0,80	0,98	1,10	0,97	1,38	1,05
Urgencias	0,52	0,51	0,49	0,47	0,61	0,52
Medicamentos	47,00	48,29	30,38	26,59	31,66	36,78
Laboratorio	6,29	7,44	6,67	7,70	9,84	7,59
Cirugía	0,03	0,04	0,05	0,04	0,09	0,05
Procedimiento Diagnostico	2,18	2,56	2,97	2,87	3,57	2,83
Suministro de Complemento Terapéutico	3,93	4,08	3,88	2,36	3,49	3,55
Visitas Domiciliarias	0,36	0,52	0,51			0,28
Hospitalización	0,11	0,10	0,10	0,11	0,15	0,11

Fuente: Datos estadísticos remitidos por las IPS contratadas por el FPSFCN

En el cuadro anterior podemos observar que en promedio cada usuario afiliado asiste 3,72 veces a consulta de medicina general y 2,61 veces a consulta de medicina especializada.

De igual manera se observa que estas consultas generan en promedio 36,78 medicamentos por usuario, 7,59 exámenes de laboratorio por usuario y 2,83 procedimientos diagnósticos por usuario. El promedio de atenciones de urgencias por usuario alcanza al 0,52 y las hospitalizaciones por usuario están en promedio en 0,11



**Sistemas de Información:** De acuerdo a las estrategias establecidas por la alta dirección del Gobierno Nacional, el ministerio de hacienda y crédito público, el ministerio de Tics y el ministerio de salud y protección social, el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia realiza sus transacciones de manera integral en las plataformas dispuestas por el gobierno y descritas a continuación:

**Tabla 41. Acciones Gobierno en Línea**

Componente	A 2014	FPS
Elementos Transversales	95%	72%
Información En Línea	95%	75.3%
Interacción En Línea	95%	51%
Transacción En Línea(Ver nota 1)	95%	46%
Transformación(Ver nota 2)	95%	74.5%
Democracia En Línea	95%	73%

Fuente: Gestión Tic's

**RAVEC** (Red de Alta Velocidad): Infraestructura prestadora de los servicios de medio de acceso como canal dedicado y conexión a portales de entidades gubernamentales dispuesta por el programa Gobierno en línea para establecer la interoperabilidad entre entidades del estado. Los portales más utilizados por la entidad en rutados por la conexión RAVEC son: Ministerio De Hacienda y Crédito Público: SIIF; DIAN: MUISCA; Hora Legal Colombiana; SECOP. Sistema Electrónico para la Contratación Pública Contratos en línea; Unidad De Gestión Pensional Y Parafiscales; SUIT. Sistema Único de Información de Tramites

**Sistema Único de Información de Tramites - SUIT V3:** La entidad realizó el cargue del 100% de los trámites y servicios a la nueva plataforma dispuesta por gobierno en línea y SUIT en su versión 3.0

**Datos Abiertos:** la entidad cuenta con un conjunto de datos abiertos (afiliados a SGSS salud) publicados dispuestos para la utilización de terceros, en la pagina [www.datosabiertos.gov.co](http://www.datosabiertos.gov.co)

**Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión:** Se realizó seguimiento por parte del ente certificador BUREAU VERITAS al Sistema de Gestión de Calidad bajo los requisitos de la norma ISO-9001-2008 y NTCGP-100-2009 en el mes de Marzo del 2014. El informe final de auditoría arrojó seis (6) No conformidades reales y veintidós (22) No conformidad potenciales las cuales se documentaron en los respectivos planes, El resultado de esta auditoría dejó en evidencia el buen funcionamiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad y la consecución de la recertificación en calidad hasta el año 2016. Las No conformidades identificadas durante la auditoría en su mayoría ya se encuentran subsanadas.



El grado de madurez del Modelo Estándar de Control Interno se situó en un 60.9% en 2014; porcentaje que dentro de los Rangos del indicador de madurez se sitúa como intermedio debido a que la metodología de calificación con respecto a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno es nueva no se puede realizar un comparativo con el periodo anterior para mirara el avance. De igual forma con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI: 2014) mediante el decreto 943 del 21 de mayo de 2014 se pretende ajustar nuestro sistema de gestión a esta nueva versión y esperar que el sistema para el próximo periodo muestre un grado de madurez mayor. El avance cuantitativo por Factores se describe a continuación.

**Tabla 42. Avance Cuantitativo por Factores**

FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
Entorno de Control	3.34	INTERMEDIO
Información y Comunicación	3.09	INTERMEDIO
Actividades de Control	3.94	SATISFACTORIO
Administración de Riesgos	2.27	BASICO
Seguimiento	4.54	SATISFACTORIO
Indicador De Madurez Mecí	<b>60.9</b>	INTERMEDIO

Fuente: FPSFCN

**Modelo integrado de Planeación y Gestión (Servicio al ciudadano, Gestión talento humano, Eficiencia administrativa, Gestión financiera) :** El fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia presento en oportunidad la encuesta del FURAG, y una vez conocido los resultados se están tomando las acciones de mejora correspondientes.

**Convenio Fundación San Juan de Dios:** El Fondo tiene un convenio interadministrativo celebrado con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en desarrollo del mismo le fue delegado por el Ministerio desde el año 2002, para administrar y pagar la nómina de pensionados de la Fundación San Juan de Dios, de acuerdo con los recursos que para este efecto gire.

**Convenio Prosocial:** De igual forma El Ministerio de Salud y Protección Social, desde el año 2004 delegó, no solo la administración y pago de la nómina de pensionados de La Promotora de Vacaciones y Recreación Social – PROSOCIAL -, sino también le delegó la función de reconocer las pensiones de jubilación que se causen a cargo de ésta.

**Atención de las demás Prestaciones Económicas, Reconocimientos y Pagos de las Pensiones de Cualquier Naturaleza de los Empleados que Adquirieron ese Derecho en la Empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia.** Durante el período comprendido entre el año 2010 a mayo de 2014, se presentaron en promedio 4.608 solicitudes, dentro de los términos legales.



## Instituto Nacional de Cancerología.

Los logros del INC se muestran en este capítulo en lo relacionado con prevención y control del cáncer y en el Plan Decenal de Salud Pública, Capítulo 2.

## Sanatorio de Agua de Dios

### Consulta Externa

**Tabla 43. Producción Consulta Externa Medicina General**

Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	I Semestre	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	II Semestre	Total
2009	783	999	891	892	843	882	5.290	989	936	940	902	895	564	5.226	10.516
2010	655	984	1048	1000	962	1107	5756	1063	1039	1042	908	1027	773	5852	11.608
2011	971	965	941	881	941	875	5574	749	1147	937	778	865	681	5157	10.731
2012	904	956	1076	1170	1250	1082	6438	1206	1329	909	1062	1037	918	6461	12.899
2013	1375	1230	1056	1.441	1.282	1.093	7.477	1435	1178	1312	1274	1062	831	7092	14.569

Fuente: Informe Coordinación Sistemas de Información

- Para el año 2013, comparando con los años 2009-2010-2011-2012 se evidencia aumento en la producción con respecto al año inmediatamente anterior del 11%.

**Tabla 44. Producción Consulta Externa Medicina Especializada**

Servicios Especializados	2011	2012	2013
Ginecología	136	321	370
Medicina Interna	251	431	630
Ortopedia	441	437	431
Pediatría	0	65	238
Dermatología	28	168	210
Oftalmología	291	132	0
Psiquiatría	326	30	0
<b>Total</b>	<b>1473</b>	<b>1584</b>	<b>1879</b>

Fuente: Informe Coordinación Promoción y Prevención

Se evidencia un incremento para el año 2013 del 15%.



**Tabla 45. Actividades Programadas y Ejecutadas Promoción y Prevención**

Año	Programa	Ejecutado	%
2009	11362	1997	16%
2010	12905	6981	36%
2011	21323	11614	53%
2012	6521	4068	72%
2013	10106	8468	83%

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

**Gestantes.** La ruta institucional de la gestante, garantiza la prestación de los servicios de acuerdo las actividades planteadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para el control prenatal, la identificación del riesgo obstétrico, la preparación para la paternidad y la maternidad, atención del parto y del recién nacido, con actividades como:

**Tabla 46 Actividades con Grupo de Gestantes**

Educación grupal que sensibiliza acerca de la importancia de los controles prenatales, utilización del carné materno, reconocimiento de deberes y derechos de los usuarios	Consejería en VIH
Toma de citología vaginal	Vacunación.
Toma de laboratorios	Higiene oral.
Consulta de riesgo obstétrico	Consulta por gineco-obstetra
Control prenatal de bajo y alto riesgo	Preparación de la maternidad y la paternidad
Atención del parto	Adaptación neonatal y atención del recién nacido
Control post-parto	

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

**Vacunación:** Se mantiene la estrategia de vacunación casa a casa con una totalidad de 2340 biológicos aplicados a la población infantil, adulto mayor, gestantes etc. Disminuyendo el porcentaje de biológicos comparado con el año inmediatamente anterior.

**Casos de Tuberculosis:** Para el año 2013 se canalizaron 324 usuarios de pacientes sintomáticos respiratorios con resultado de baciloscopias negativas, visitas en los albergues y visitas de contactos, se realizó seguimiento oportuno y supervisión de la administración del medicamento.

**Tabla 47. Producción Consulta Domiciliaria**

Año	2009	2010	2011	2012	2013
Consulta Albergues Crónicos	1021	517	504	467	863
Consulta Albergues Medicina General	410	159	251	402	584
Consulta Domiciliaria	295	90	115	156	502



Año	2009	2010	2011	2012	2013
JIS				108	594
Consulta Ancianato	37	37	0		448
<b>TOTAL</b>	<b>1763</b>	<b>803</b>	<b>870</b>	<b>1133</b>	<b>2991</b>

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

**Tabla 48. Producción Servicio de Urgencias**

Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	junio	Julio	Agosto	Sep	Octubre	Nov	Dic	Total
<b>2009</b>	471	383	413	505	471	609	618	584	605	559	539	571	6328
<b>2010</b>	665	571	638	530	630	630	538	567	449	455	494	586	6753
<b>2011</b>	679	453	499	518	655	518	541	535	475	466	588	606	6533
<b>2012</b>	679	461	534	576	755	652	601	596	574	730	655	648	7461
<b>2013</b>	906	582	674	646	802	632	621	564	517	625	525	607	7701

Fuente: Informe Coordinación Sistemas de Información

**Tabla 49. Comparativo Producción Laboratorio Clínico**

Años 2009-2013					
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total general</b>	15032	15792	17930	30587	28688

Fuente: Estadística Servicio de Laboratorio Clínico

**Tabla 50. Clínica Cuidado y Sanación (Clínica de Heridas)**

Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Octu	Nov	Dic
2009	5273	5362	6485	6111	5516	5477	6509	5707	6478	5786	5366	6919
2010	5723	6181	5471	5266	5146	5259	4444	3479	4545	3374	5235	5093
2011	3113	2570	4136	5767	5513	3866	4169	4327	3968	3966	4110	3952
2012	4038	4415	3412	3510	3920	3937	3951	3770	3775	3860	3907	3513
2013	3687	3513	4412	4490	4052	4451	4386	4484	4799	3575	3220	3117

Fuente: Programa Clínica de Cuidado y Sanación

**Programa de Seguridad del Paciente.** El Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, siguiendo las directrices del Ministerio de Salud y de la Protección Social, impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la presencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.

Desde esta perspectiva actualmente el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. continua implementando acciones que permitan mejorar la cultura de identificación reporte y seguimiento; los líderes de cada área mensualmente consolidan los eventos identificados con plan de mejoramiento y seguimiento a los avances. Se evidencia una



tendencia de disminución de eventos adversos dada por el fortalecimiento en la clasificación específica de los términos. Los eventos adversos presentan seguimiento y evaluación a su comportamiento, por tanto en un 100% cumple el indicador de gestión.

**Sistema Único de Acreditación.** En su implementación y desarrollo tiene los siguiente avances:

- A. Sistema Único de Habilitación – Sin hallazgo de marzo 2013 y en la actualidad implementando y ajustando según Resolución 2003 de 2014.
- B. PAMEC – Sexta Versión formulado con criterios de Acreditación en el 2014.
- C. Sistema Único de Acreditación en proceso de Autoevaluación según Resolución 123 de 2012.
- D. Sistema de Información para la Calidad –cumplimiento con el reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.

**Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios.** El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., de acuerdo al Decreto 2193 de 1993 se cumplieron los Indicadores de Calidad que obligan para la Entidad.

**Estrategia de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud** El Modelo de Atención Primaria en Salud del Sanatorio de Agua de Dios, se enfoca en la atención de personas, determinadas por el contexto de sus familias y sus comunidades para lo cual se han desarrollado actividades como:

- Capacitación de recurso humano competente por parte de la Dirección de Salud Pública Secretaria de Salud de Cundinamarca
- Construcción Modelo de Atención Primaria: con la comunidad líderes del área rural y urbana.
- Socialización a la Junta Directiva y autoridades municipales del Modelo de Atención en Salud.

**Guías de atención** El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. en cumplimiento de la normatividad vigente en sus procesos de atención en salud, se encuentra en adaptación y actualización de Guías de Atención Médica Basadas en la Evidencia, ya validadas y aplicadas a su nivel de atención.

**Fortalecimiento Institucional** A través del proyecto de inversión Implantación del Sistema e Información Integral, se asignaron en el año 2013 y 2014 un total de \$2.000 millones, para el uso de tecnologías de la información como facilitadoras de un proceso de cambio, creando nuevas formas de trabajo y mejorando significativamente la calidad del servicio, tanto para el área administrativa como albergues. En cumplimiento al SISPRO y demás normatividad relacionad se encuentra recopilando, y enviado la información requerida a las RUAF, RIPS, PILA, SIHO, SGD, SISMED, para que las bases de datos generen los respectivos indicadores. En este proceso, se evaluó la



Plataforma Estratégica, lo cual a partir de 2011 se proyectó un Mapa Institucional actualizado y la Plataforma Estratégica respectiva.

**MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL.** Para el año 2011, se realizó apertura de servicios especializados no quirúrgicos de segundo nivel de acuerdo con los eventos que presentaban el mayor porcentaje de referencias hacia otras Instituciones en las ciudades de Bogotá, Ibagué y Girardot, como son: Medicina Interna, Dermatología, Oftalmología, Psiquiatría, Ortopedia y Endodoncia y con la apertura de Sala de Partos Gineco - Obstetricia y Pediatría. Complementado con un Laboratorio Clínico de II Nivel de atención y Transfusión Sanguínea de acuerdo a la normatividad Resolución 1043 del 2006 y normas modificatorias de los Estándares del Sistema Único de Habilitación en su momento. El Sanatorio de Agua de Dios fue certificado en el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, en mayo de 2013, por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de Cundinamarca, recibiendo un reconocimiento público por parte del Señor Secretario de Salud Departamental.

**GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.** En el sistema integrado de de información la Entidad ha implementado las políticas y lineamientos propuestos por los entes Nacionales, siguiendo las políticas de: Cero Papel, Atención al Ciudadano, Urna Virtual, Tramites y servicios, preguntas frecuentes, glosario, noticias, calendario de eventos, información general, contacto, PQR, Denuncias, inventario de información, datos Abiertos, Encuestas, Encuestas de opinión, Urna participación Ciudadana, ventanilla única, eventos, boletines y enlaces entre entes nacionales

**Gestión Documental.** El Programa de Gestión Documental, concebido como un sistema integral, se ajusta conceptualmente a los principios archivísticos y a los objetivos de dicho programa. Se realizaron acciones de mejoramiento en archivos de gestión, central e históricos obteniendo los siguientes avances: 92,22%, 84,09% y 96,30% para los años 2011, 2012 y 2013 respectivamente.

**Gestión financiera.** En cumplimiento de la normatividad, fijada por la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del Departamento Nacional de Planeación (DIFP-DNP, realizó:

Programa anual mensualizado de caja. La entidad cuenta con el plan anual mensualizado de caja –PAC para los recursos provenientes de los aportes del presupuesto general de la Nación, los cuales corresponden al 87,1% del presupuesto total.

Programación y ejecución presupuestal. La ejecución presupuestal de ingresos durante las vigencia fiscales de 2010, 2011, 2012 y 2013, fueron las siguientes:



**Tabla 51 Ejecución Presupuestal de Ingresos**

CONCEPTOS	2010			2011			2012			2013		
	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución
Disponibilidad Inicial	314,6	268,0	85,2%	383,0	314,0	82,0%	394,4	394,4	100,0%	521,6	482,6	92,5%
Venta de servicios a usuario final	360,0	366,5	101,8%	372,0	360,0	96,8%	375,0	368,8	98,4%	390,3	371,7	95,2%
Venta de servicios a otras empresas	657,9	824,8	125,4%	943,4	1.117,7	118,5%	1.491,0	1.613,5	108,2%	1.700,0	2.368,7	139,3%
Otros ingresos de explotación	238,1	306,1	128,6%	300,0	195,7	65,2%	448,2	758,3	169,2%	1.248,6	1.423,7	114,0%
Aportes	27.161,8	25.614,4	94,3%	26.958,8	26.634,2	98,8%	28.012,5	27.812,3	99,3%	29.952,2	29.337,1	97,9%
Ingresos de capital	10,0	10,4	104,4%	11,0	89,4	812,4%	11,0	61,5	559,5%	10,0	9,9	98,8%
<b>TOTAL</b>	<b>28.742,4</b>	<b>27.390,3</b>	<b>95,3%</b>	<b>28.968,2</b>	<b>28.711,0</b>	<b>99,1%</b>	<b>30.732,1</b>	<b>31.008,9</b>	<b>100,9%</b>	<b>33.822,7</b>	<b>33.993,7</b>	<b>100,5%</b>

Fuente: Coordinación Financiera

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 y los recursos propios.

Los recaudos por concepto de aportes de la Nación se han venido manteniendo estables con un nivel de ejecución de 94,3% en el 2010, 98,8% en el 2011, 99,3% en el 2012 y 97,9% en el 2013. La venta de servicios a otras empresas vienen presentando un incremento en su nivel de recaudo, pasando del 125,4% en el 2010, al 118,5% en el 2011, luego 108,2% en el 2012 y alcanzando un 139,3% para el 2013, permitiendo así el cabal cumplimiento de las obligaciones que la entidad financia con sus propios recursos; como producto del aumento en los usuarios de los servicios de salud contratados y la suscripción de contratos interadministrativos con el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud de Cundinamarca, cuyos objetos han sido venta de servicios de capacitación en TBC y Lepra, monitoreo y concurrencia en programas de salud pública. El crecimiento en el 2014 fue del 10,1% respecto de 2013 y el nivel de recaudo con corte a 31 de mayo de 2014 es del 42,1% es cual es apropiado, frente a un recaudo esperado del 41,6%.

La ejecución presupuestal de gastos durante las vigencia fiscales de 2010- 2013, fueron las siguientes.

**Tabla 52. Ejecución Presupuestal de Gastos**

Concepto	2010			2011			2012			2013		
	Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Porcentaje ejecutado	Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Porcentaje ejecutado	Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Porcentaje ejecutado	Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Porcentaje ejecutado
Gastos de Personal	7.377,5	7.351,1	99,6%	7.612,4	7.507,5	98,6%	8.075,1	8.021,5	99,3%	8.293,0	8.206,3	99,0%
Gastos Generales	2.495,1	2.317,3	92,9%	2.409,2	2.311,8	96,0%	2.437,9	2.410,9	98,9%	2.732,4	2.685,9	98,3%
Transferencias Corrientes	18.397,9	17.392,1	94,5%	18.153,7	18.115,9	99,8%	19.103,6	19.032,1	99,6%	20.131,4	20.025,1	99,5%
Operación comercial	,0	,0		283,5	253,1	89,3%	877,4	854,7	97,4%	1.639,3	1.472,7	89,8%
Inversión	,0	,0		,0	,0		,0	,0		1.000,0	1.000,0	100,0%
Cuentas por pagar	458,7	364,0	79,4%	462,3	452,9	98,0%	243,2	160,5	66,0%	26,6	26,6	100,0%
Disponibilidad Final	13,2	,0	0,0%	47,2	,0	0,0%	,0	,0		,0	,0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>28.742,4</b>	<b>27.424,5</b>	<b>95,4%</b>	<b>28.968,2</b>	<b>28.641,1</b>	<b>98,9%</b>	<b>30.737,2</b>	<b>30.479,7</b>	<b>99,2%</b>	<b>33.822,7</b>	<b>33.416,6</b>	<b>98,8%</b>

Fuente: Coordinación Financiera



## 4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

### 4.1 Sistemas de Información y SISPRO

#### Ministerio de Salud y Protección Social

En el marco de la normatividad vigente para el Sector Salud y Protección Social y la establecida por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – MINTIC, para las entidades del Estado, en especial, la Ley 1438 de 2011, de Reforma del Sector Salud, La Ley 1444 de 2011 y el Decreto 4107 de 2011, en el cual se establece que el Ministerio formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social y la Ley 1450 de 2011, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos”, el desarrollo de la tecnología de la información y la comunicación (TIC) para el Sector, debe orientarse a fortalecer y articular los sistemas de información del Sector de la Protección Social y con otros sectores para brindar mayor información a los ciudadanos para el ejercicio de sus derechos.

En este contexto, las acciones en el periodo han estado dirigidas a acercar el Estado al ciudadano a través del uso de las TIC, con mayor información en línea que facilita la participación ciudadana, el ejercicio de sus derechos y la atención a los mismos y, a la generación de información que mejore la gestión institucional para cumplir con los objetivos estratégicos y la toma de decisiones de política.

Estas acciones se efectúan a partir del fortalecimiento y la articulación de bases de datos del sector y de otros sectores, mediante la interoperabilidad entre sistemas de información, orientado a la evolución de los sistemas de información existentes a arquitecturas transaccionales como la afiliación, movilidad y recaudo, Salud Digital (antes Salud Electrónica), Integración de datos de distintas fuentes y, seguridad de los datos y de la información, que apuntan a la unificación de la información y a la portabilidad de los datos con criterios de seguridad y confiabilidad; y, del fortalecimiento y optimización de los aplicativos en funcionamiento, con lo que se garantiza la disposición de información para la gestión institucional y del Sector.

Estos últimos se refieren a la Estrategia de Gobierno en Línea, el Certificado de Supervivencia, el Certificado de Escolaridad, la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, que buscan acercar el estado al Ciudadano; el Sistema de Gestión de Datos - SGD del SISPRO, Cuentas de Salud, el Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED, el Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, Nacimientos y Defunciones – ND; el Registro Individual de Prestaciones de



Salud –RIPS; el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, para la gestión del Sector y la toma de decisiones; Giro Directo a IPS de régimen subsidiado, Cuentas Maestras de Entidades Financieras, Saneamiento de Cartera de contributivo y subsidiado, Saneamiento de aportes patronales entre IPS públicas y administradoras y, la Base de Datos Única de Afiliados a Salud – BDUA, que soportan el flujo y organización de la información para el manejo de recursos del Sector y la agilización de procesos operativos para la gestión Institucional. Se ha garantizado la disponibilidad de infraestructura y facilidades tecnológicas para el funcionamiento de los sistemas de información de la entidad y de la Plataforma de Integración del SISPRO - PISIS, y, se realizaron acciones dirigidas a orientar las inversiones en TIC en el Sector, como la elaboración del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI, 2014, elaborado bajo el concepto de arquitectura empresarial definido por MINTIC.

Bajo esta enfoque, en materia de interoperabilidad, el Ministerio ha efectuado distintos tipos de acciones orientadas a generar la información asociada con la afiliación y recaudo, para integrar la información que es manejada por la Base de Datos Única de Afiliados a Salud- BDUA, el Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, con los afiliados a los distintos subsistemas de la Seguridad Social y, la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social - PILA, con información de afiliados aportantes y recaudos a los subsistemas de la Seguridad Social Integral: Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y Subsidio Familiar. Esto, con el fin de disminuir posibles inconsistencias de información que afecten la oportunidad y el acceso a las prestaciones de salud y económicas.

En este orden de ideas, el intercambio de información sobre la afiliación a salud, entre BDUA y PILA, se inició con la aplicación de la Resolución 610 de 2012. Igualmente mediante Convenio 366 de 2011, con la Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC, se efectúa el intercambio de información con BDUA y RUAF y, en la actualidad se trabaja en la interoperabilidad entre RUAF y PILA, frente al tema de afiliación a pensiones. De igual manera, el Ministerio entrega información del Certificado de Nacimientos y Defunciones al FOSYGA, para sus procesos internos y, a la RNEC, para la validación y referencia de la información. En forma paralela, durante el periodo se han efectuado procesos continuos de depuración de la información que alimentará la base en desarrollo, con cruces de información entre la BDUA y la RNEC y se elaboró el documento que recopila y organiza las reglas de negocio de recaudo para el Sistema Integral de la Protección Social (Pensiones, Salud, Riesgos Laborales y el Sistema de compensación familiar), el cual, a partir de la normatividad vigente, define reglas únicas y sin sujeción a interpretación, para ser aplicables al momento del recaudo de aportes a través de PILA. Actualmente, como resultado de este trabajo se dispone de la malla de validación operando para el Sistema de salud, que interopera para régimen contributivo en un 100% con la BDUA.



Desde el último año, se encuentra en construcción la base de datos de evolución de documento de identificación, para la verificación de la correcta identificación de afiliados al Sistema General de Seguridad Social SGSS; con esta base se articularán los sistemas RUAF, BDUA y PILA y posteriormente otros sistemas de información. La tabla de documentos de identidad tiene 94.5 millones de registros únicos, de los cuales se correlacionaron 78.35 millones correspondientes a 50.16 millones de personas (vivas o muertas).

En forma paralela, se ha dado continuidad al proceso de depuración de la información contenida en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a salud, con la realización de cruces de las personas afiliadas a salud, pensión, cajas, riesgos y pensionados con la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil, y fueron expedidas e implementadas la Resolución 2199 de junio 21 de 2013, mediante la cual se definió el proceso de depuración de los registros de afiliados repetidos en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y, de la Resolución 5512 de diciembre 26 de 2013, que estableció la obligatoriedad del reporte de información de las afiliaciones de los regímenes especiales y de excepción, incluidas las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, para los cruces y verificación de la información de afiliación contenida en la BDUA. Así mismo, el Ministerio expidió la Resolución 3336 de septiembre 2 de 2013, para mejorar la calidad de la información reportada por los aportantes a los sistemas de salud y pensiones en el momento de realizar sus autoliquidaciones de pago (PILA). La norma será implementada a partir del 1 de agosto de 2014.

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, está en proceso de desarrollo la Salud Digital, con el objeto de disponer, en forma única y oportuna, los datos mínimos básicos en salud que permitirán mejorar la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos, a través del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). Salud Digital integra en un solo proyecto las iniciativas relacionadas con la prestación de servicios de salud como la factura electrónica, historia clínica electrónica, recetario electrónico, agenda electrónica, verificación de derechos y autorización de servicios de salud, entre otros, y parte de la selección consensuada con los responsables institucionales de un conjunto de datos mínimos por temática, su estandarización, automatización y la capacitación y difusión a los actores responsables de su implementación. En la actualidad se trabaja en la estandarización de un conjunto de datos mínimos seleccionados y, en forma complementaria, con la expedición de la Circular 019 de 2014 del Ministerio, se avanza en la identificación, estandarización y optimización de las solicitudes de datos que el Ministerio hace a los actores del Sistema.

A través del Sistema de Gestión de Datos - SGD del SISPRO, el Ministerio dispone para consulta las estadísticas del Sector. Este aplicativo, en operación desde el año 2008, permite integrar distintas fuentes de datos y dispone la información en forma organizada y unificada. El SGD se encuentra en pleno funcionamiento, con la actualización periódica y permanente de la información para la consulta de reportes



predefinidos, de consulta por demanda y reportes geográficos que facilitan a tomadores de decisiones a nivel nacional y territorial, a investigadores y a distintos usuarios, conocer y analizar la información estadística del Sector.

Hoy consultan el sistema 4.691 usuarios registrados, con un promedio de consultas mes de 65.593 frente a 9.178 registradas en el 2012, y en el que se dispone información estandarizada e integrada de 31 fuentes de distintas entidades, de 7 existentes en el 2010, como consecuencia de la mayor demanda de información unificada para los fines de política pública, especialmente por los usuarios internos del Ministerio. De estas fuentes, 5 se integraron en el último año: Nacimientos - RUAF; Defunciones - RUAF; Cuenta Alto Costo – Enfermedad Renal Crónica (CAC - ERC) y; Saneamiento de cartera, de fuentes del Ministerio de Salud y Protección Social y el Registro Único de Víctimas – RUV del Departamento para la Prosperidad Social – DPS y el Sistema Integrado de Matrícula –SIMAT del Ministerio de Educación Nacional.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en la implementación de la Estrategia de Gobierno En Línea - GEL, liderada por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MINTIC, con la agilización y optimización de procesos y actividades propias de su misión y con avances en la definición de aspectos que permitirán plataformas compatibles para apoyar temas como la interoperabilidad y seguridad. A diciembre de 2011, había dado cumplimiento al 100% de los requisitos, en los plazos concertados con el programa Gobierno en Línea para completar el ciclo del Gobierno electrónico, según Decreto 1151 de 2008, – Manual 2.0. En el último año, las acciones desarrolladas han estado dirigidas a dar continuidad y avanzar en la implementación del modelo de Gobierno En Línea, de acuerdo con lo establecido en el Manual 3.1 y en el Decreto 2639 de 2012.

La implementación de la estrategia de Gobierno En Línea, ha generado cambios en la forma de operar del Ministerio de Salud y Protección Social, con una mejor comunicación e interacción con la ciudadanía, mediante la participación ciudadana en la construcción colectiva de la política pública, los trámites y servicios al ciudadano por medios virtuales y la rendición de cuentas a la ciudadanía. Esto se evidencia en: la mejora y actualización permanente de la información que publica el Ministerio a través del portal [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co), con 1.437.739 de visitas en el mes de mayo de 2014 frente a 870.290 para el mismo mes en 2010, lo que muestra el interés en los usuarios del Sector; la participación ciudadana por medios virtuales en la construcción colectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y, en el último año, en la actualización del Plan Obligatorio de Salud – POS, con 481.064 consultas; la disposición de canales de atención no presencial al ciudadano, con el desarrollo y puesta en funcionamiento del aplicativo de peticiones, quejas y reclamos con respuesta en línea al ciudadano a través de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co) – servicio al ciudadano; y, la simplificación y automatización de los trámites de: Autorizar la afiliación en forma colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral a trabajadores independientes miembros de agremiaciones, asociaciones y comunidades religiosas, y, Solicitud de Expedición de



Licencias para la Prestación de Servicios a Terceros en Protección y Seguridad Radiológica, en funcionamiento desde 2012; optimización del trámite de Tarjeta Profesional de Médico, en operación desde el 2010.

En el último año se han automatizado los trámites: Inscripción para el sorteo de plazas del Servicio Social Obligatorio; Proceso de Servicio Social Obligatorio – SSO, Autorización para ejercer la especialidad médica en Anestesiología y, los servicios de Certificado de Supervivencia y el Certificado de Escolaridad, de acuerdo al Decreto Ley 019 de 2012.

Otros logros en GEL se refieren al Repositorio Institucional Digital (RID) que se encuentra en operación y a la instalación de dos (2) aplicaciones móviles en tienda de aplicaciones de Android y IOS que ayudan a los ciudadanos a identificar actividades preventivas en salud de acuerdo a las características específicas de cada usuario (Autocuidate) y a consultar información de interés en tomas de decisión (SaluDatos).

El Ministerio, durante el periodo ha optimizado los aplicativos en operación, con el desarrollo de funcionalidades que responden a nueva normatividad. En la Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social – PILA, se efectuaron ajustes en concordancia con la Resolución 475 de 2011, para incluir en el pago por PILA a las instituciones de servicios de salud de la red pública y a las direcciones de salud responsables de empleados públicos y trabajadores oficiales que se dedican a la prestación de servicios de salud. El pago corresponde al aporte del trabajador. Frente al artículo 5 de la Ley 1429 de 2010, de Formalización y Generación de Empleo, y de acuerdo con la Resolución 3251 de 2011, se efectuaron las adecuaciones requeridas para que las pequeñas empresas puedan hacer sus aportes de acuerdo con los beneficios de progresividad en el pago de parafiscales y otras contribuciones de nómina. Por el Decreto 4691 de 2011, se reglamentan las condiciones y requisitos del Programa de Empleo de Emergencia y por la Resolución 476 de 2011, se efectuaron los ajustes a PILA, que permitieron la autoliquidación y el pago de aportes a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales, bajo la figura de Empleo de Emergencia. En virtud del Decreto 4023 de 2010 se expidieron las Resoluciones 610 de 2012 y 3214 de 2012, por las cuales se desarrollaron las condiciones para que los operadores de información entreguen la información de recaudo directamente al FOSYGA, como base fundamental para el desarrollo del nuevo proceso de compensación en salud. Así mismo se unificó la inspección y vigilancia de los operadores de información de PILA, por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, según lo establecido en los artículos 73 a 76 del Decreto Ley 19 de 2012.

De igual manera, en el último año, con motivo de las Resoluciones 1300 y 3336 de 2013, se implementó en Pila, lo concerniente a la Reforma Tributaria, Ley 1607 de 2012; por la Resolución 2087 de 2013 se operativizan los Decretos 721 y 723 de 2013, sobre la reglamentación parcial de la Ley 1562 de 2013, con la realización de los ajustes al modelo de recaudo de pila para los aportes obligatorios de los



independientes al sistema de riesgos laborales y obligatoriedad para realizar aportes a las cajas de compensación familiar del servicios doméstico; con la Resolución 5094 de 2013 se implementó el Decreto 2616 de 2013, mediante el cual se estableció la cotización por semanas.

En el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, el MSPS ha trabajado en el mejoramiento de la calidad del dato para lo cual amplió los controles automatizados a la consistencia de los datos, continuó con las acciones de asistencia técnica personalizada a las EPS que afilian el 80% de la población tanto en contributivo como en Subsidiado, y a las Direcciones Departamentales de Salud (DDS) que tienen el 80% de participación en la afiliación, para el fortalecimiento de su capacidad de gestión como pagador y como ente rector a nivel territorial y, se expidió la Resolución 1531 de abril 28 de 2014, por la cual se modifica el mecanismo de transferencia de datos para su envío a través de la plataforma PISIS del SISPRO, con el fin de mejorar la oportunidad, seguridad y confiabilidad en la entrega de la información por las entidades obligadas a reportar y amplía su ámbito de aplicación a las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL. Hoy, alrededor del 97% de los registros recibidos cada mes cumplen con los criterios de consistencia para ser cargados a la base de datos RIPS y se dispone de 2.007 millones de registros validados y cargados entre los años 2001 a 2013, de los cuales 207 millones corresponden a datos de 2013.

En cumplimiento del Decreto Ley 019 de 2012, el MSPS puso en marcha el aplicativo de Certificado de Supervivencia el 1 de julio de 2012 y diseñó, desarrolló y puso en marcha el Certificado de Escolaridad, el 1 de enero de 2013; se implementó el Sistema de Gestión Documental ORFEO, en 2012; y, se automatizaron procesos para mejorar la gestión institucional con el diseño, desarrollo y puesta en marcha de aplicativos informáticos orientados a: i) saneamiento de cartera del régimen subsidiado (Decreto 1080 de 2012 – deudas del régimen subsidiado) el cual funcionó hasta julio de 2013; ii) saneamiento de cartera de contributivo y subsidiado (Circular 030 de 2013) y, iii); saneamiento de aportes patronales entre IPS públicas y administradoras (Resolución 154 de 2013).

El Ministerio efectúa el mejoramiento continuo a los aplicativos en operación como el Sistema de Información de Precios de Medicamentos - SISMED, Cuentas maestras de EPS y de entes territoriales, Giro Directo de EPS a IPS, Deudas del Régimen Subsidiado y Giro de recursos para Saneamiento de Cartera de Régimen Subsidiado y, Saneamiento de cartera de contributivo y subsidiado. En el último año, se han efectuado mejoras en las funcionalidades que facilitan, en SISMED, la gestión de control de reporte de las entidades obligadas, por parte de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) y la Superintendencia de Industria y Comercio y apoyan la regulación de precios por parte de los responsables de la toma de decisiones de política, así como el recobro de medicamentos; mejoras en el componente de seguridad de acceso a los aplicativos misionales; en la plataforma de integración PISIS, para el seguimiento al reporte de archivos por parte de las entidades



reportadoras y el reporte oportuno según fechas establecidas y, manejo de sobre digital para garantizar seguridad, confidencialidad e integridad de la información que se transporta por PISIS, para el tema de recobros, de conformidad con la Circular 042 de 2012 de la Superintendencia Financiera de Colombia. De igual forma, PISIS se ha adoptado como la plataforma oficial para el reporte de información al Ministerio mediante la cual las entidades están reportando información de estudio de suficiencia para determinar la UPC, información para la evaluación del uso de tecnologías en salud, información de recobros, entre otros.

De igual manera para el aplicativo de Nacimientos y Defunciones – ND, se efectuó la generación de procesos automáticos para la disposición de la información al interior del Ministerio, al PAI y al aplicativo Certificado de Supervivencia y la entrega de cruces de información el Consorcio Colombia Mayor; en el caso del Registro en Línea de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD, se reestructuró la base de datos, con mejoramiento en los tiempos de respuesta.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, en producción desde el 2007, se ha consolidado en forma gradual y progresiva en el período, con aumento en el número de aplicativos desarrollados y puestos en producción para apoyar la gestión institucional, el fortalecimiento de los aplicativos actuales con la optimización de los mismos y en el número de entidades reportadoras con mayor cobertura de los datos que se disponen para la gestión del Sector, así: incremento del uso del registro en línea del Certificado de Nacido Vivo y del Certificado de Defunción, al pasar de 195 IPS registradas en el aplicativo a diciembre de 2010 a 2.066 a mayo de 2014; masificación del Registro en Línea de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD, con el registro de 44.045 personas a octubre de 31 de 2012 y 1.084.275 a mayo de 2014; 2.915 entidades registradas en el SIMMED en mayo de 2012 y 5.185 registradas en mayo de 2014; 100% de EPS y 100% de entidades territoriales que reportan en cuentas maestras; 1.252 municipios y distritos, 15 entidades financieras, 23 operadores de PILA, 23 cajas de compensación familiar, 76 EPS, 2.419 IPS, 1.048 laboratorios farmacéuticos y 330 mayoristas que hoy reportan a través de la Plataforma de Integración de Sistemas de Información – PISIS para el transporte seguro de archivos desde las fuentes de datos hacia el Ministerio de Salud y Protección Social; 316 entidades que consultan el Certificado de Supervivencia; 31 entidades que consultan el Certificado de Escolaridad.

Para las acciones descritas el Ministerio efectuó inversiones que ascendieron por año a: 2010: \$6.224 millones; 2011: \$6.537 millones; 2012: \$12.153 millones; 2013: \$18.245 millones; y, 2014: \$13.357 millones, con corte a mayo 31.

### **Gestión de información asociada a la Prestación de Servicios**

Con el fin de contar con herramientas de información para la toma de decisiones a nivel nacional, territorial e institucional, durante el período de reporte se diseñaron y



fortalecieron un conjunto de herramientas que facilitan la captura, consolidación y análisis de información de prestación de servicios de salud. Específicamente, se efectuaron acciones en el desarrollo y mejoramiento de aplicativos dirigidos a:

- Planes bienales de inversión, dando alcance a lo contenido en la Resolución 1985 de 2013, facilitando el registro de la información de proyectos provenientes de las cuentas maestras (Ley 1608 de 2013), y estableciendo mejores controles con el fin de mejorar la oportunidad y gestión de la información.
- Sistema de Información de Hospitales – SIHO, se ajustaron las herramientas informáticas y se generó la dinámica requerida para permitir la entrega de información con una mayor oportunidad, reduciendo el tiempo para el reporte de algunos de los contenidos, se incorporaron funciones de validación y herramientas de captura de información para apoyar el proceso de evaluación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado.
- Registro Especial de Prestadores, se diseñó y desarrolló el componente de estructuración de procesos para la conformación de un portafolio de servicios para los prestadores, su articulación con el ejercicio de habilitación y la incorporación del concepto de autoevaluación de servicios.
- En relación con el sistema de acreditación se conformó la base de los procesos que deberán ser soportados sobre una herramienta informática, con el objetivo de crear un registro de acreditadores y acreditados para el país.

De otra parte con el fin de soportar los procesos, instrumentos y metodologías para el abordaje de las redes de prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando acciones dirigidas a la revisión de las necesidades de información, para valorar: (i) la capacidad de las fuentes de información disponibles para dar alcance a la identificación de las condiciones actuales de la oferta de servicios de salud, (ii) los parámetros básicos para el abordaje de los conceptos de suficiencia y disponibilidad de los prestadores de servicios de salud en torno a las necesidades sentidas y determinadas por las poblaciones, (iii) las estructuras de tipo cuantitativo que permitan una especificación y delimitación de los atributos del proceso de atención en salud y (iv) los esquemas para posibilitar la generación, especificación de criterios y de metas en términos de indicadores de seguimiento y evaluación de los procesos asociados a las redes de prestación de servicios de salud (desempeño y resultados en salud).

### **Salidas de información**

El componente de salidas de información, al interior del Grupo de Gestión del conocimiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía, garantiza la disponibilidad y entrega de los diferentes productos o salidas de información,



principalmente indicadores, presentados en tablas, gráficas o mapas y bases de datos, presentadas en microdatos o cubos OLAP.

El desarrollo del componente de Salidas de Información, parte de la identificación de necesidades de información realizado con los diferentes usuarios, tanto al interior del Ministerio, incluyendo los observatorios, registros y sistemas de seguimiento, Direcciones, Subdirecciones y Oficinas, como instituciones y actores externos incluyendo al Congreso de la República, Presidencia de la República, Superintendencia Nacional de Salud, otros Ministerios, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, Universidades, Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Agencias Internacionales, entre otros.

El componente de Salidas de Información, realiza un trabajo articulado y permanente con el componente de Seguimiento a Fuentes de Información e Integración a la Bodega de Datos del SISPRO, en esta área es donde la fuente previamente es mejorada en cobertura, calidad y oportunidad. El control de calidad de los datos es continuo aún después de haber sido integradas a la Bodega de Datos, ya que se realiza de manera permanente el proceso de comunicación en doble vía con los usuarios de la información, quienes alertan sobre posibles inconsistencias que deban ser corregidas.

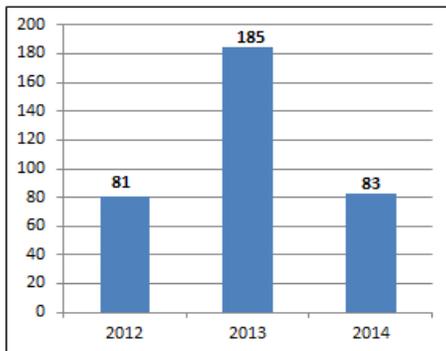
Estos indicadores se encuentran consolidados en el catálogo de indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social; su principal objetivo es ofrecer a los diversos usuarios una relación organizada de los indicadores que tiene a su disposición que le proporcionen información relevante según sus necesidades: académicas, toma de decisiones, orientación en políticas, etc. Actualmente el catálogo cuenta 1.141 indicadores disponibles en las siguientes áreas temáticas: demográficos, VIH/SIDA, Salud Mental, Salud Materna, Infancia y Adolescencia, Vejez y Envejecimiento, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Enfermedades Crónicas, Enfermedades Transmisibles y de notificación obligatoria, Embarazo en Adolescentes, Discapacidad, Zoonosis, cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Indicadores básicos en salud de Colombia, indicadores para el seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública, entre otros.

A continuación se presentan los gráficos de producción de indicadores para dar respuesta a requerimientos de información en salud desde el año 2012 hasta el 31 de mayo del 2014:

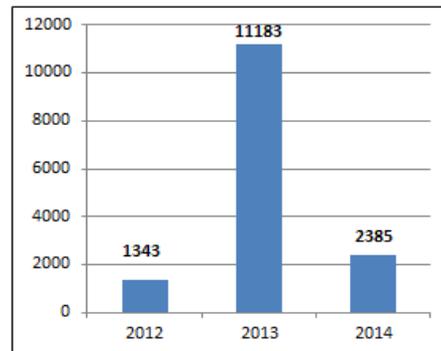


### Gráficos 23

**Número de requerimientos contestados años 2012, 2013 y a mayo 31 de 2014**



**Número de indicadores generados para dar respuesta los requerimientos años 2012, 2013 y a mayo 31 de 2014**



Fuente: Grupo de Gestión del conocimiento y fuentes de información en salud. Salidas de Información MSPS

Antes de la entrega al solicitante, la información es sometida a un proceso de crítica de datos, codificación, tabulación y consolidación, en una salida de información según las necesidades de los usuarios: bases de datos completas, tablas, gráficas o mapas.

La Dirección de Epidemiología y Demografía, junto con la Oficina de Tecnología de la Información, del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran en trabajo permanente para garantizar la interoperabilidad de los datos, por lo tanto se generan los productos de información, en este caso las bases de datos, bajo los estándares de Gobierno en Línea.

Para la consulta general de toda la información generada, se rediseñó la página web del SISPRO, de manera que se constituya en el canal de acceso, efectivo y oportuno a todos los productos de información.

### Lanzamiento del Módulo Epidemiológico – SISPRO en Julio de 2013

#### Mejoramiento de fuentes de información

Para lograr el mejoramiento de las fuentes de información en salud, se parte de la caracterización inicial que nos permite identificar como es el estado actual de la misma e identificar parámetros de calidad y consistencia del dato, que genera tanto el Ministerio de Salud y Protección Social, como otras Instituciones y que requieren ser



integradas a la bodega de SISPRO, para garantizar de esta manera su acceso con calidad.

### **Se han integrado 13 fuentes de información:**

- Registro Único de Víctimas – RUV
- Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS
- Red Unidos
- Planilla Integrada de Aportes PILA
- Familias en Acción
- Información de Servicios de Salud (Estudios de Suficiencia de UPC)
- SIVIGILA
- Registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad
- Registro Único de Afiliaciones/Base de datos única de Afiliados –RUAF/BDUA
- Registro de personas con ERC-HTA-DM
- Registro de pacientes con VIH
- Decreto 2193 (Sistema de Información Hospitalaria)
- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS

### **Fuentes Priorizadas adicionales:**

- Censo de población Indígena
- Censo de población ROM
- Declaratoria del estado de salud al momento de afiliación a la EPS
- Consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia
- Seguimiento a Cohortes
- Base de datos Reclamaciones al FOSYGA - ECAT
- Base de Datos Reclamaciones al FOSYGA – Recobros por procedimientos medicamentos y tutelas No Pos.
- Base de datos de Eventos de Alerta - SIME
- Registro Único de Laboratorios - RUL
- Tráfico Internacional de Embarcaciones – SITMAR
- Base de datos Migratoria
- Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado – MUICA – Declaración de Importación #500
- Productos Alimenticios Importados – SIVICOS
- Documentación Riesgos Profesionales
- Documentación de estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH
- Documentación de registro censo de enfermedades raras (huérfanas)

Fuentes de información identificadas en la Dirección de Epidemiología y Demografía:  
53



Fuentes con caracterización, evaluación y planes de acción: 5 (SIVIGILA, RIPS, PEy DT, Discapacidad, EEVV).

Monitoreo, retroalimentación, evaluación y control de la fuente de información de Protección específica y Detección temprana para Direcciones Territoriales de Salud Departamental, Distritales y EPS o Gestores de Salud de nivel Nacional.

### **Identificación de fuentes de información no priorizadas:**

- Seguimiento a medicamentos nuevos
- Información de servicios de salud (Estudio de suficiencia de UPC)
- Registro para la atención de la primera Infancia
- Ingredientes agregados a los productos del tabaco y sus derivados
- Etiquetado y empaquetado de los productos del tabaco y sus derivados
- Registro de farmacias, droguerías y servicios farmacéuticos
- Censo de Instituciones del Adulto Mayor
- Base de datos SIVELCE
- Base de datos SIRDEC

Elaboración de la Guía Nacional para la Caracterización de Fuentes de Información en Salud.

Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional en las EAPB.

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales -ROSS

Elaboración de la Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud, publicada en el RID.

Guías metodológicas para el funcionamiento y operación de los Observatorios del Ministerio de Salud publicadas y para consulta en el RID. Total: 28.

### **Observatorios:**

- 1 ONV Colombia - Observatorio Nacional de Violencias
- 2 ONVIH - Observatorio Nacional de ITS – VIH/SIDA
- 3 ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental
- 4 Observatorio Nacional de Salud Materna de Colombia
- 5 Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento para Colombia
- 6 OSAN Colombia - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional Colom.
- 7 Observatorio de Medicamentos de Terapia Biológica
- 8 Observatorio de Enfermedad Renal Crónica y Salud Cardiovascular



- 9 Observatorio Andino de Economía de la Salud
- 10 Observatorio de Salud Indígena de Colombia
- 11 ONEA - Observatorio Nacional de Embarazo Adolescente
- 12 Observatorio Nacional de Zoonosis
- 13 Observatorio de Discapacidad de Colombia
- 14 Observatorio de Cáncer de Colombia

### **Sistemas de seguimiento:**

15. SSMVC - Sistema de Seguimiento a la Atención en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado - Salud
16. SSIVE – Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo
17. Sistema de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia
18. SENOS – Sistema de Seguimiento de las Enfermedades de Notificación Obligatoria en Salud (ENOS, Lepra e inmunoprevenibles, zoonosis)
19. SEASS - Sistema de Calificación y Evaluación de Actores del Sistema de Salud
20. Sistema de Seguimiento a la Calidad en Salud
21. Sistema de Seguimiento y Cumplimiento de los ODM Colombia
22. Sistema Estándar de Indicadores Demográficos de Colombia
23. SAPS – Sistema de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud
24. Sistema de Seguimiento a los Indicadores Básicos en Salud de Colombia
25. Sistema de Seguimiento a los Indicadores OECD
26. Sistema de Indicadores para Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

### **Registros:**

27. Registro de Enfermedades Huérfanas y Raras de Colombia
28. Registro de Actividades Preventivas en Salud

### **Salas Situacional:**

- 29 PAI – Programa Ampliado de Inmunizaciones

Planes de análisis de Observatorios disponibles para consulta interna de líderes técnicos (15), que incluye enfoque metodológico, análisis estadístico, códigos y plots.

Recomendaciones de Política: 5

Artículos para publicación Nacional e Internacional: 7

Vinculación de estudiantes de Maestría en ciencias de la salud de la Universidad del Valle, Universidad de los Andes, Santo Tomás, Instituto Nacional de Salud Pública de



México, London School of Economics LSE, Universidad Libre de Cali para usar datos de SISPRO y modelos de análisis de los observatorios para adelantar sus trabajos de investigación.

Gestión y transferencia de conocimiento en salud a través de asesoría técnica internacional (Euros social) para el fortalecimiento del Observatorio de Desigualdades y Equidad.

## Superintendencia Nacional de Salud

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo (2010-2014), la Superintendencia Nacional de Salud, ha enfocado su gestión al fortalecimiento de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones desarrollando entre otros, nuevos sistemas de información, dentro de los cuales cabe destacar:

- **El Sistema de vigilancia en Línea a las Apuestas Permanentes – SIVICAL**, puesto en operación, desde el mes de diciembre de 2009, una solución que en la actualidad cuenta con la totalidad de los concesionarios, conectados a la Superintendencia reportando en línea y tiempo real diariamente, más de tres millones de registros (tramas) que equivalen a más de nueve millones de apuestas. Se garantiza una disponibilidad del aplicativo del 97%.
- **Sistema de Información Quejas Atención al Usuario – SUPQR**, mediante el cual los usuarios radican sus Peticiones, Quejas y Reclamos a las EPS, las cuales son dirigidas en forma directa a la EPS correspondiente para su atención. El resultado de la solución dada por la EPS requerida es conocida en forma directa a través de este sistema por la Superintendencia, con base en ésta y si los derechos de los usuarios presuntamente continúan vulnerados, la entidad interviene en defensa de los ciudadanos. Actualmente el Sistema se encuentra en una prueba piloto con cuatro EPS: Compensar, Sanitas, Mallamas y Coomeva.
- **Sistema de Información Jurisdiccional y Conciliación – SIJC**: Herramienta a través del cual se va a permitir a los usuarios adelantar los procesos jurisdiccionales y de conciliación que presenten al entidad, radicándolas a través de una interface por la página Web Institucional y/o a través de su radicación directa, en cualquiera de las Sedes de la Superintendencia Nacional de Salud. Este sistema tendrá interoperación con el Sistema de Correspondencia (Supercor).
- **Sistema de Información para la Tasa de IVC – SGT**. Sistema de Información en desarrollo, liderado desde la Secretaría General de la entidad, que permitirá la integración, consolidación y procesamiento de la información, cálculo, liquidación, notificación, recaudo y seguimiento de cartera por concepto de Tasa de Inspección,



Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, optimizando el control a la gestión total de los procesos y procedimientos, mitigando riesgos identificados.

Otro aspecto desarrollado fue el ajuste y mejora a los sistemas de Información existentes, conforme a los lineamientos trazados por la Alta Dirección y la nueva normativa o la que fue modificada. De acuerdo a ello se intervinieron los siguientes:

- Sistema de Gestión Recepción, Validación y Cargue de los Datos de Circular Única - (RVCC)
- Inteligencia de Negocios
- Módulo de Gestión de la Tasa: Este será reemplazado por Sistema de Información para la Tasa de IVC – SITASA
- Módulo de Atención Personal de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), este será reemplazado por Sistema de Información Quejas Atención al Usuario – SUPQR
- Sistema de Información de Investigaciones Administrativas - SUPERSIAD

De esta manera, se han fortalecido los tres ejes conductores de las Tecnologías como son los Sistemas de Información, la infraestructura física de tecnologías de la información y la sensibilización y concientización de los diferentes actores en la gestión de la Supersalud, a fin de poder contar con la información de manera Confidencial, Integra y Disponible, para la toma de decisiones.

#### **4.2 Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión**

El Ministerio de Salud y Protección Social estableció su Sistema Integrado de Gestión Institucional a través de la Resolución 2624 de 2013, en el entendido que el SIGI es una herramienta sistemática y transparente constituida por el conjunto de instancias, políticas, estrategias, metodologías, principios, normas, procedimientos y mecanismos para la gestión de los diferentes procesos de esta organismo en procura de fortalecer el desempeño institucional para el logro de la misión y objetivos que le han sido encomendados.

Durante el proceso de implementación del SIGI, el Ministerio definió los documentos requeridos para la implementación de este Sistema, siendo vital la conformación de los equipos de trabajo o colaboradores (Comités, Equipo de Facilitadores del SIGI en cada una de las dependencias, Líderes de Procesos y Alta Dirección).

Teniendo en cuenta que uno de los ejes comunes a estos sistemas son los procesos y procedimientos, es posible integrarlos articuladamente impulsando las buenas



prácticas y fortalezas de cada uno, definiendo lo que se conoce como el Sistema Integrado de Gestión Institucional –SIGI–.

La definición de la misión institucional (Resolución 4110 de diciembre de 2012), se realizó gracias a un trabajo interdisciplinario con participación de los Jefes de dependencia o sus delegados, basándose en la dirección del sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud. En ese mismo espacio, se estableció la visión institucional del Ministerio a 2021, esperando ser ampliamente reconocido a como la entidad rectora en el establecimiento de políticas que respondan adecuadamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social en salud.

Esta misión marcó el camino para la construcción del mapa de procesos (octubre de 2012), con participación activa de los viceministerios, asesores, jefes de dependencia y áreas de Secretaría General. Producto de este esfuerzo se planteó un esquema a nivel de macroprocesos (grupos o temáticas) las cuales se interrelacionan en su contexto como Estratégicos, de Apoyo y Evaluación que son soporte o ayuda de la parte Misional, teniendo referente las necesidades de nuestros clientes-ciudadanos y posteriormente la satisfacción de esas necesidades contribuyendo, a través de procesos internos, al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia. Así, se tienen identificados y aprobados un total de 57 procesos, 156 procedimientos y 49 mapas de riesgos de gestión, relacionados con las temáticas: a) estratégicas: direccionamiento estratégico y gestión del desarrollo organizacional; b) misionales: promoción de la salud, aseguramiento, servicios de salud (prestación-prevención), gestión de la información y coordinación intersectorial para los determinantes en salud; c) de apoyo: gestión administrativa, gestión de talento humano, gestión jurídica, gestión de operaciones, gestión financiera y gestión de la comunicación; d) evaluación: seguimiento y control.

Las entidades que integran el sector Salud, partiendo de la definición del Sistema Integrado de Gestión, como el conjunto de actividades mutuamente relacionadas que tiene por objetivo alinear los requisitos de las normas de gestión, Sistema de Gestión de Calidad, Modelo Estándar de Control Interno, implementadas en cada una de ellas, o en proceso de implementación, como en el caso del Ministerio de Salud, se encuentran comprometidos y adelantan las acciones pertinentes para dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción del ciudadano con la prestación de los servicios a cargo de la Entidad.

Para la actual vigencia, se está en el proceso de implementación del nuevo MECI, labor que debe estar completada al finalizar este año.



### 4.3 Modelo integrado de Planeación y Gestión

Con la expedición de la Ley 489 de 1998, se instituye el Sistema de Desarrollo Administrativo, definido como el "...conjunto de políticas, estrategias, metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos, y financieros de las entidades de la Administración Pública, orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional". (art.15).

Enmarcado como herramienta de gestión y optimización de recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financiero, se fundamenta en:

- La planeación administrativa, puesta al servicio de la implementación de políticas, herramientas y estrategias para mejorar la gestión de las instituciones públicas, e incorporar nuevas maneras y técnicas para adaptarlas a las necesidades de las organizaciones
- La concepción de Sector Administrativo, fundamentada en ejercicios de colaboración e integración entre las entidades, para la formulación y cumplimiento de metas e indicadores relacionados con el desarrollo administrativo y el desempeño organizacional.

Si bien es cierto, el Sistema de Desarrollo Administrativo, se venía implementando y manteniendo desde su creación, con algunas modificaciones que lo venían perfeccionando, por iniciativa del Gobierno Nacional, a través de la Alta Consejería Presidencial para el Buen Gobierno y la Eficiencia Administrativa y el Departamento Administrativo de la Función Pública, en 2012, se vio la necesidad de revisar y racionalizar lo relacionado con el gran número de planes y requerimientos exigidos a las entidades de la Rama Ejecutiva, en cumplimiento de políticas relacionadas con la gestión administrativa, solicitados por diferentes actores de gobierno.

Resultado del análisis de la problemática y como resultado del trabajo de carácter interinstitucional, con la expedición del Decreto 2482 de 2012, nace el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que empezó a aplicarse en el mes de enero del 2013, lo que ha requerido de la implementación de las políticas de desarrollo administrativo, tanto a nivel Sector en general, como de manera individual, al interior de cada una de las entidades que lo integran.

El modelo integra los planes: indicativos, de acción, de desarrollo administrativos, de eficiencia administrativa y cero papel, de racionalización de trámites, de Gobierno en Línea, anticorrupción y de atención.



En desarrollo de esta estrategia administrativa, se expide, por parte del Ministerio de Salud, la resolución 2626 de 2013, con la cual se conforma el Comité Sectorial de Desarrollo Administrativo, para hacer el seguimiento a los lineamientos que se vienen implementando.

Al interior de cada uno de las entidades del sector, se ha venido incorporando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, a partir de la formulación de los planes de acción y como resultado de ello, se han presentado los resultados a través del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG, en el cual se han venido identificando algunas debilidades que se van a incluir en los respectivos planes de mejoramiento.

#### **4.4 Avances Instituto de Estudios y Tecnologías en Salud- IETS-**

En cumplimiento de lo dispuesto en el capítulo V de Ley 1438 de 2011, se creó el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), como una entidad de carácter mixto, independiente, para el desarrollo de las evaluaciones de tecnologías en salud que aporten en el proceso de actualización permanente del Plan Obligatorio de Salud (POS), así como en el desarrollo de Guías de Práctica Clínica, conceptos y recomendaciones en salud, basados en la evidencia y apoyo técnico, en el desarrollo de conceptos que apoyen y faciliten la toma de decisiones del ente rector, para el cumplimiento de los temas asignados en relación con las políticas de regulación del sector salud.

Mediante el Decreto 2560 de 2012, el Gobierno Nacional ordenó la supresión y liquidación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), y sus funciones fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social. Como consecuencia de lo anterior, y por medio del Decreto 2562 de 2012, el Gobierno Nacional modificó la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

En ese contexto, el IETS, en 2013, inicia actividades como apoyo técnico al *Ministerio de Salud y Protección Social*, de manera especial para atender lo estipulado en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, relacionado con los procesos o líneas de trabajo para la actualización del POS de manera integral, de manera específica en:

- Evaluaciones de tecnologías en salud (TS) para posibles inclusiones al POS,
- Línea de análisis de obsolescencia para posibles supresiones de TS del POS, tanto de medicamentos como de procedimientos.
- Línea de ampliación de cobertura de las TS ya existentes en el POS.
- Línea de Inclusión de subgrupos farmacológicos o terapéuticos según ATC 3,4 o 5 por concentración y Forma Farmacéutica.
- Estudio de exclusiones explícitas del POS.



#### 4.5 Acciones de Cooperación y Relaciones Internacionales

Como parte del fortalecimiento de la gestión institucional, con el apoyo y de manera coordinada con el Grupo de Cooperación y relaciones Internacionales, se han adelantado acciones con agencias cooperantes, que contribuyan al cumplimiento de compromisos misionales, destacándose los siguientes proyectos:

- Convenio en cooperación con el BID, para **“Identificación, descripción y análisis de cadenas logísticas de provisión de medicamentos y propuestas de intervención”**, con un total de recursos no reembolsables asignados de US\$ 500.000, (\$890 millones de pesos), que permitirá fortalecer el desarrollo de la política farmacéutica en Colombia.
- Convenio con la International Atomic Energy Agency IAEA - COL9008 – **“Generación de infraestructura reguladora para el control de equipos emisores de radiaciones ionizantes”**, cuyo objetivo permitirá establecer un sistema de regulación en el Ministerio de Salud y Protección Social, para el control de las aplicaciones médicas e industriales que utilizan rayos X y aceleradores lineales, con un monto de recursos de cooperación que asciende a la suma de 319.200 Euros y una contrapartida de 15.960 Euros.

#### 4.6 Rediseño de la operación del Fosyga

En el marco de la implementación del Decreto 4023 de 2011, para los temas relacionados con el control de recaudo de cotizaciones de las EPS, se han adoptado varias medidas, a través de las cuales se ha mejorado el control del recaudo de las cotizaciones en salud.

A partir de agosto de 2012 se efectuó la eliminación y desmonte de 57 puntos de recaudo directo que administraban de tres EPS, a saber: Sura, Compensar y S.O.S. Estos puntos no evidenciaron mejoras en el recaudo con lo que se unificó el recaudo de aportes en salud a través del mecanismo de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Las cotizaciones efectuadas al sistema de seguridad social por los aportantes beneficiados del Sistema General de Participaciones (SGP) se realizaban a través de diferentes mecanismos que no correspondían a la PILA. Así, desde mayo de 2012, el aporte al Sistema General de Seguridad Social de los trabajadores vinculados con las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, beneficiarias del SGP se recauda exclusivamente mediante la PILA.



Adicionalmente, desde agosto de 2012, las cotizaciones en salud son administradas por las EPS exclusivamente en dos cuentas maestras de recaudo de cotizaciones. Con esta medida, se pasó de tener 134 cuentas de recaudo a 41 cuentas maestras de recaudo, distribuidas en cinco entidades financieras.

Conforme a lo establecido en la Nota Externa 2931 de 2012, el administrador de los recursos del FOSYGA cuenta con usuarios especiales para acceder a la información de estas cuentas maestras, a través de los cuales se ejerce un control más exhaustivo del recaudo de las cotizaciones de las EPS. Así mismo es quien prepara directamente los débitos de estas cuentas según los resultados del proceso integral de giro y compensación.

Adicionalmente, desde agosto de 2012, se dio apertura de una cuenta maestra de pagos por EPS distribuidas en ocho entidades financieras, donde el FOSYGA gira todos los recursos a favor de las entidades. Los gastos por parte de éstas deben estar identificados exclusivamente en los conceptos que para tal fin estableció el Ministerio de Salud y Protección Social en la Nota Externa 2931.

En cuanto al flujo de recursos, a continuación se resumen los principales resultados:

El actual proceso de compensación (Decreto 4023) ha garantizado a las EPS del régimen contributivo, los ingresos para financiar los servicios de salud, con un crecimiento promedio del 12% en los rubros directos del proceso (UPC, PyP e IEG) frente al promedio de la vigencia anterior.

En la actualidad, en promedio, el 78% del total de los ingresos que las EPS reciben durante el mes, son girados por el FOSYGA en los primeros quince días de cada mes, los cuales corresponden a los dos primeros de cuatro procesos de compensación que de acuerdo con el Decreto 4023 se deben adelantar mensualmente.

**Tabla 53. Oportunidad en el Flujo de Recursos**

MES/PROCESO	1	2	3	4
oct-13	63%	24%	8%	5%
nov-13	40%	36%	11%	13%
dic-13	30%	44%	20%	7%
ene-14	47%	34%	14%	6%
feb-14	29%	38%	21%	12%
mar-14	30%	43%	19%	7%
abr-14	65%	21%	7%	6%
<b>PROMEDIO</b>	<b>43%</b>	<b>34%</b>	<b>14%</b>	<b>8%</b>

Fuente:FOSYGA



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

Desde enero de 2014, en cuanto a la solidaridad, con la implementación en el proceso de compensación de las validaciones relacionadas con la exoneración en el pago de aportes en salud prevista en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto 862 de 2013 (Reforma Tributaria), el resultado del proceso de compensación pasó de ser superavitario en promedio en cerca de \$158.000 millones a deficitario en cerca de \$262.683 millones, déficit que se financia con los recursos que recibe el FOSYGA del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Con la aplicación de estos recursos el proceso de compensación continúa siendo superavitario en promedio de \$159.844 millones.



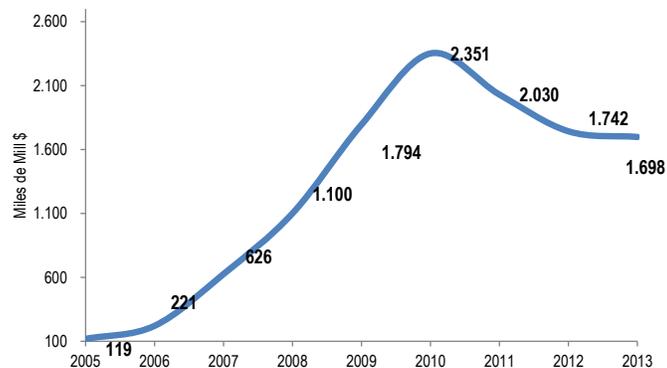
## 5. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

### 5.1 Gastos por Eventos no incluidos en el Plan de Beneficios – Recobros

Durante 2011 y 2012, el MSPS puso en marcha un paquete de medidas con las que logró cambiar la tendencia de los recobros, al pasar de pagar \$2,03 billones en 2011, a \$1,74 billones en 2012, generando una reducción total de alrededor de \$320 mil millones en 2011, en comparación con el 2010 y, \$290 mil millones en 2012, frente a lo registrado 2011. Para el año 2013, teniendo en cuenta las órdenes impartidas por la Honorable Corte Constitucional, mediante Auto 263 de 2012, se requirió el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las tecnologías en salud no contenidas en el plan de beneficios, bajo condiciones de agilidad, oportunidad y suficiencia. Como resultado del rediseño del proceso, se previó, en el corto plazo, la optimización de seis criterios de auditoría que fueron aplicables a partir de marzo de 2013, se definieron los requisitos esenciales para el reconocimiento y pago de las solicitudes de recobro, que se plasmaron en la Resolución 458 de 2013 y, se implementó el modelo de radicación web de las solicitudes de recobro, cuya entrada en producción se dio el 17 de diciembre de 2013.

Como resultado de las medidas descritas, el Gobierno Nacional ha garantizado un mayor flujo de recursos, conservando el principio de sostenibilidad del SGSSS. En el siguiente gráfico se observa el valor aprobado de las solicitudes de recobros presentados por el mecanismo ordinario, el cual no incluye los resultados de los mecanismos de saneamiento de cuentas.

**Gráfico 24 Comportamiento del valor Aprobado – Recobros, 2005 – 2013**



Fuente: Consorcio SAYP 2011. Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social .MSPS.



Como consecuencia de la aplicación de la medida prevista en las Resoluciones 2851 de 2012 y 2729 de 2013, que estableció la excepción a la constancia de pago para facturas de venta o documentos equivalentes, expedidas por los proveedores que cumplieran los requisitos previstos en la citadas resoluciones y en la Metodología adoptada por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, se incrementó la radicación de los recobros en la vigencia 2013, ya que las entidades de recobrantes que se acogieron a esta medida, presentaron ante el Fosyga, los recobros, una vez el proveedor les radicó la respectivo factura de la prestación realizada, sin que se haya efectuado su pago.

Entre agosto y diciembre de 2013, se radicaron solicitudes de recobros sin constancia de pago, por valor de \$519 mil millones, aprobando \$472 mil millones. Estos recursos, más los que resultaron de la optimización de los seis (6) criterios aplicados a los recobros radicados a partir de marzo de 2013, aproximadamente de \$200 mil millones, deben tenerse en cuenta en el valor aprobado de la vigencia 2013, sin embargo, no se consideraron en el gráfico anterior por ser consecuencia de medidas adicionales que se implementaron para garantizar el flujo oportuno y efectivo de los recursos.

De otra parte, en diciembre de 2013, entró en producción el modelo de radicación Web, que ha traído como principales beneficios: i) mayor agilidad en la presentación de las solicitudes, ii) respuesta en línea para que las entidades den respuesta ante eventuales errores en los archivos y iii) optimización de la logística para la presentación de imágenes y soportes físicos. De enero a mayo de 2014, se resalta que el valor recobrado disminuyó 5%, respecto al comportamiento en el mismo período en el 2013, pasando de \$1.2 billones en 2013, a \$1.1 billones en 2014, mientras que la cantidad de solicitudes se incrementó 47%, pasando de 1.831.087 en 2013, a 2.695.495 en 2014.

Por otro lado, dentro del procedimiento ordinario de reconocimiento y pago de los recobros, el Ministerio, con el objetivo de optimizar el flujo de los recursos y contribuir con la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptó la medida de pago previo al proceso de auditoría, a partir de las solicitudes de recobros radicadas en julio de 2011. Esta medida, orientada a garantizar el flujo de recursos para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha permitido que disminuya la carga financiera que las Entidades Promotoras de Salud deben asumir en la financiación de las tecnologías en salud No POS.

En la tabla siguiente se presenta de manera consolidada los recursos girados de manera previa, tanto a las entidades recobrantes como a los proveedores de tecnologías en salud No POS e IPS, en el período julio de 2011 – mayo de 2014. En total se han girado cerca de \$3.5 billones, que representan el 60% del valor aprobado de las solicitudes radicadas durante ese período de tiempo.



**Tabla 54. Pago previo de recobros**

Miles de millones \$

Descripción	Valor girado directamente a EPS	Valor girado directamente a proveedores e IPS			Total pago Previo (5)= (1+4)
		Con constancia de cancelación	Sin constancia de cancelación	Total (4)= (2+3)	
<b>Giros realizados entre julio 2011 –mayo 2014</b>	1.909	1.105	575	1.680	3.589

Fuente: Consorcio SAYP 2011. Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social .MSPS.

Adicionalmente, se adoptaron mecanismos de saneamiento de cuentas para los recobros glosados, de acuerdo con la tipología definida, cuyos resultados se presentan a continuación.

**Tabla 55. Mecanismos de saneamiento de cuentas**

Miles de millones \$

Mecanismo	Glosa	Valor recobrado	Valor aprobado
Decreto Ley 019 de 2012-Artículo 111	Extemporaneidad	214	139
Decreto Ley 019 de 2012-Artículo 122	POS	84	19
Ley 1608 de 2013 Artículo 11	Administrativa	427	211
<b>Total</b>		<b>725</b>	<b>369</b>

Fuente: Consorcio SAYP 2011. Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social .MSPS  
El valor aprobado de glosa administrativa tiene en cuenta el pago previo efectuado en los meses de diciembre, enero, febrero, marzo, abril y mayo.

Los recursos que resultaron aprobados por los tres mecanismos de saneamiento de cuentas antes reseñados, incluidos los de pago previo, se autorizaron de manera directa a las IPS.

Por otra parte, mediante la Resolución 2977 de 2012, se adoptó el mecanismo tendiente a establecer los lineamientos y procedimientos orientados a la solución de las divergencias recurrentes, que corresponden a las diferencias conceptuales entre más de una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de las glosas que hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro. Con base a lo anterior, el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS, creado en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013, definió el concepto para 234 tecnologías en salud, que corresponden a servicios POS y No POS. En consecuencia, se estableció un período de radicación comprendido entre el 5 y el 9 de mayo de 2014, en el cual las entidades presentaron solicitudes por valor de \$45 mil millones.



## 5.2 Determinación y pago de deudas: Cuentas maestras y otras fuentes

### Plan de Aplicación y Ejecución de los Excedentes de las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado.

La Ley 1608 de 2013, “Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud”, tiene como objetivos posibilitar el uso de recursos del sector disponibles en los componentes de salud más necesarios, brindar liquidez a la red prestadora de servicios de salud, en particular a la red pública y contribuir al saneamiento de deudas (Municipio- Entidad territorial y EPS- Prestador).

De conformidad con los usos establecidos en el artículo 2, la obligación de las Entidades Territoriales de reportar los planes de aplicación y ejecución de los recursos establecida en el artículo 12 de la Ley 1608 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 292 de 2013. En dicha resolución se establecieron los términos y condiciones para el reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado.

En desarrollo de este Acto Administrativo, 1.030 Entidades Territoriales, reportaron la información correspondiente al Plan de Aplicación de recursos de excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado, evidenciándose que 765 Municipios tenían excedentes, a 31 de diciembre de 2012, en las cuentas maestras, que podían ser utilizados según la ley, que ascienden a \$1,38 billones.

La información consistente, relacionada con el uso de los excedentes de las cuentas maestras, en el marco de los componentes autorizados por el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, corresponde a la reportada por 994 Entidades Territoriales y es la siguiente:

**Tabla 56. Uso de Excedentes Cuentas Maestras**

Usos	Valor (millones de pesos)	Porcentaje
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	102.885	7,4%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	263.424	19,0%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de empresas sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	378.640	27,2%



Usos	Valor (millones de pesos)	Porcentaje
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	644.555	46,4%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud.	-	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1.389.504</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Entidades Territoriales - Anexos 1 y 2 de la Resolución 292 de 2013. Información recibida hasta el 5 de noviembre de 2013.

Así mismo, en el marco del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, las Entidades Territoriales debían reportar al 31 de diciembre de 2013, la información sobre la ejecución de los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado. La información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social, corresponde a 804 Entidades Territoriales, evidenciando que 285 ejecutaron excedentes en las cuentas maestras del Régimen Subsidiado que ascienden a \$234.958 millones.

La información consistente al 16 de enero de 2014, relacionada con el uso de los excedentes de las cuentas maestras en el marco del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, corresponde a la reportada por 285 Entidades Territoriales.

A continuación se presenta una tabla comparativa entre los planes de aplicación y ejecución de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado

**Tabla.57 Comparativo Planes de Aplicación y Ejecución**

Plan de aplicación información consistente	Valor plan aplicación (millones de pesos)	Valor ejecución a 30 dic. 2013 (millones de pesos)	Porcentaje ejecución
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	102.885	25.646	27,1%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	263.424	154.607	58,7%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de empresas sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	378.640	2.294	0,6%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	644.555	52.411	8,1%



Plan de aplicación información consistente	Valor plan aplicación (millones de pesos)	Valor ejecución a 30 dic. 2013 (millones de pesos)	Porcentaje ejecución
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud.			0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1.389.504</b>	<b>234.958</b>	<b>16,9%</b>

Fuente: Entidades Territoriales - Anexos 4 y 5 de la Resolución 292 de 2013.

## Uso recursos de Aportes Patronales – Excedentes Cajanal

Con relación al numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, el pasado 28 de mayo fue expedido el Decreto 1095 de 2013, en el cual se reglamenta dicho numeral, estableciendo a este Ministerio, como el competente en la distribución de los recursos provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, de conformidad con las reglas previstas en la ley.

En desarrollo del mencionado Decreto, este Ministerio expidió la Resolución 3243 del 26 de agosto de 2013, en la cual se establecen los montos distribuidos a cada entidad departamental y distrital, así como el procedimiento de reporte de información para el giro a los prestadores de servicios de salud. De conformidad con los criterios de distribución definidos en el mencionado artículo, a saber: a) 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país; y, b) 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49° de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

El monto final de los excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, asciende a \$70.548 millones, monto que incluye los activos remanentes y los rendimientos financieros causados hasta la fecha de giro, al mecanismo de recaudo y giro creado por el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se están girando de acuerdo con las necesidades de las Entidades Territoriales.

## Uso de excedentes de rentas cedidas

En el marco del artículo 4 de la Ley 1608 de 2013, se establece que los departamentos y distritos que tengan excedentes de rentas cedidas de las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizarlos en: a) fortalecimiento de la infraestructura; b) la renovación tecnológica; c) el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado; y d) el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud.



El artículo en mención señala que los departamentos y distritos que prevean destinar dichos recursos para los usos definidos, solo podrán destinarlos siempre y cuando la financiación de la “(...) *atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 (...)*”

El Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 292 de 2013, requirió a las Entidades Territoriales, reportar la ejecución de los excedentes de rentas cedidas, de la información consistente reportada por las Entidades Territoriales, se evidencia que 29 entidades reportaron información, de las cuales 5 ejecutaron excedentes de rentas cedidas para los usos previstos por la ley, por valor de \$14.134 millones, con corte a junio del presente año.

**Tabla 58 . Ejecución de los Excedentes de Rentas Cedidas**

Usos	Valor (millones de pesos)	Porcentaje
Recursos para el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado en Salud en el marco del procedimiento establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.		0,0%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	4.218	29,8%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	7.075	50,1%
Recursos para la inversión en la renovación tecnológica de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	2.841	20,1%
<b>TOTAL</b>	<b>14.134</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Entidades territoriales. Anexos 6 de la Resolución 292 de 2013

### 5.3 Mejoramiento del flujo de recursos: Giro directo

En cuanto a la aplicación de la medida de giro directo, en desarrollo del Artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 971 de 2011 (y sus modificatorios) y de las Resoluciones 2320 y 4182 de 2011, se determinaron las condiciones y criterios para realizar el giro directo a las Entidades Promotoras de Salud, IPS públicas y privadas.

Desde abril de 2011 los recursos del Régimen Subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de Aportes del Presupuesto General de la Nación se giran directamente a las EPS e IPS.



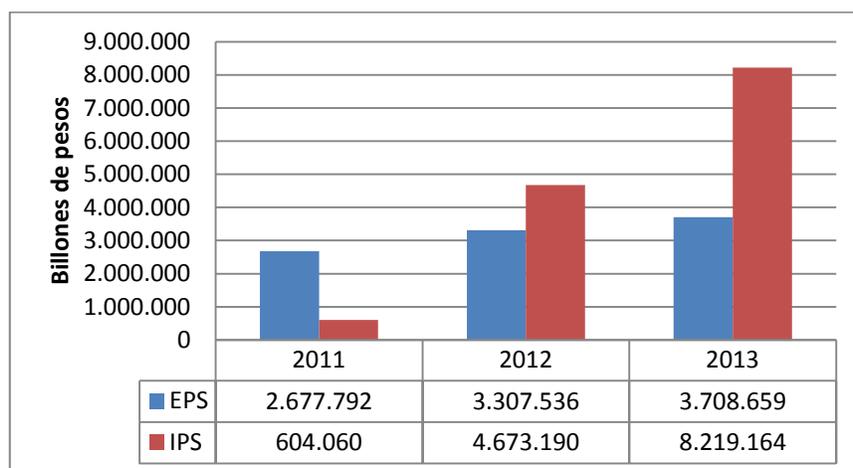
Inicialmente, el giro directo se estableció para los municipios menores de 100.000 habitantes o para los Distritos y Municipios mayores de 100.000 habitantes que voluntariamente se acogieran a la medida. A partir de enero de 2012 los recursos se giran directamente a las EPS e IPS independientemente de la categoría de los municipios o Distritos; los recursos del Esfuerzo Propio siguen siendo recaudados y girados por las Entidades Territoriales. Igualmente, las Cajas de Compensación Familiar autorizadas para administrar el Régimen Subsidiado recaudan y administran directamente los recursos que deben destinar para este fin.

El giro a las EPS o directamente a las IPS, se realiza en nombre de las Entidades Territoriales y corresponde a la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen, soportada por la Base de Datos Única de Afiliados. En la actualidad el giro directo desde la Nación se realiza dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, a través de un Mecanismo Único de Recaudo y Giro de los Recursos del Régimen Subsidiado, que concentra las fuentes de financiación disponibles en el nivel central y las gira en una sola transacción a las EPS o IPS.

### **Evolución giro directo a instituciones prestadoras de servicios de salud**

El giro directo a las IPS se inició desde el mes de abril de 2011, mediante la realización de una prueba piloto con la EPS Caprecom; el monto del primer giro directo fue de \$1.142 millones. A partir del mes de agosto se generaliza la medida, evolucionando el monto de los giros para el año 2011 un total de \$604.060 millones, para el año 2012 por valor de \$4.673.190 mil millones y el año 2013 el valor de \$8.219.164 mil millones.

**Gráfico 25. Comportamiento anual 2011-2013.  
Giro Directo del Régimen Subsidiado**



Fuente : Consorcio SAYP 2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS.

En la actualidad el Giro Directo desde la Nación, se realiza dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, a través del Mecanismo Único de Recaudo y Giro de los Recursos del Régimen Subsidiado, que concentra las fuentes de financiación disponibles en el nivel central y se giran en una sola transacción.

**Gráfico 26. Evolución Giro Directo IPS Y EPS**  
Julio 2013 - Mayo 2014  
Millones de Pesos



Fuente : Consorcio SAYP 2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS.

Mediante dicha medida, entre julio de 2013 y mayo de 2014, se han girado \$10,34 billones, de los cuales, el 72,4%, se ha girado a las IPS. En total desde la aplicación de la medida, abril de 2011, se han girado \$27,12 billones de pesos, de los cuales, 60,3% ha sido para la red prestadora.

Del total de los recursos girados a IPS, (\$7,48 billones), el 52% se giró a IPS públicas, seguido de un 46% a las IPS privadas y, un 2% a IPS de carácter mixto.

**Tabla 59. Giro Directo IPS**  
(Millones de pesos)

Mes	Privada	Pública	Mixta	Total
Julio 2013	269.580	349.982	8.455	628.017
Agosto 2013	286.974	350.933	10.761	648.668
Septiembre 2013	276.918	358.484	16.186	651.589
Octubre 2013	292.606	347.361	12.197	652.164
Noviembre 2013	299.530	342.790	14.787	657.107
Diciembre 2013	328.602	343.628	10.232	682.463
Enero 2014	338.616	356.625	17.067	712.308



Mes	Privada	Pública	Mixta	Total
Febrero 2014	333.869	364.436	15.273	713.578
Marzo 2014	351.287	365.828	16.567	733.681
Abril 2014	335.445	347.937	17.952	701.333
Mayo 2014	330.449	361.303	15.368	707.119
<b>TOTAL</b>	<b>3.443.876</b>	<b>3.889.306</b>	<b>154.846</b>	<b>7.488.027</b>
<b>%</b>	<b>46%</b>	<b>51,9%</b>	<b>2,1%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Adicionalmente, con la Resolución 654 de 2014, se establecieron los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS, para el giro directo de recursos del Régimen Contributivo, así como los términos, requisitos y estructura de datos para el reporte al Fosyga de las cuantías de los giros directos a IPS sobre el 80% de las UPC reconocidas a los prestadores.

#### 5.4 Saneamiento y compra de cartera

##### Deudas por Contratos de Aseguramiento del Régimen Subsidiado.

El artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, estableció que el caso en que las entidades territoriales adeuden los recursos del régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, por contratos realizados hasta marzo 31 de 2011, el Gobierno Nacional, en aras de salvaguardar la sostenibilidad del sistema y garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio, por Sistema General de Participaciones de Propósito General de Libre de Inversión, Regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional.

Así mismo, que para efectos del procedimiento, se utilizará el menor valor de tales deudas, sin perjuicio de que las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud, puedan continuar la conciliación por las diferencias que subsistan.

El Decreto 1080 de 2012, reglamentó dicho procedimiento y estableció entre otras, que las entidades territoriales debían determinar las deudas por contratos de aseguramiento, que fueron suscritos hasta el 31 de marzo de 2011, y enviar la información correspondiente a las Entidades Promotoras de Salud, con quienes suscribieron los contratos. Así mismo, debían remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, la información de las deudas reconocidas y no pagadas con los recursos disponibles en las cuentas maestras de los municipios. De igual forma se exigió que los municipios que manifestaran no tener deudas, enviaran el reporte informando tal situación.



En respuesta a los procedimientos y requerimientos de información determinados a través de la Resolución 1302 de 2012, las entidades territoriales y las EPS, remitieron la información de las deudas reconocidas por contratos de aseguramiento, así como las deudas que no fueron posibles de pagar con los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado.

A continuación se presenta el resumen de la información recibida por parte de las entidades territoriales y EPS, en el marco del Decreto 1080 de 2012:

**Tabla 60. Información reportada por Entidades Territoriales y EPS**  
Millones de pesos

Información Reportada por la EPS		Valor Deudas Reconocidas no pagadas		
Deuda Reconocida Entidad Territorial	Valor deudas pagadas Cuenta Maestra	Reportado por Entidad Territorial	Reportado por EPS	Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)
530.609	105.775	359.698	424.829	320.847

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Información EPS y Entidades Territoriales. Resolución 1302 de 2012.

De otra parte, el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, autorizó al Ministerio de Salud y Protección, para disponer, por una sola vez, de recursos del FOSYGA hasta un monto de \$150.000.0 millones para que las entidades territoriales del orden municipal, categoría 4, 5 y 6, puedan atender las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud, en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentarios. Así mismo, determinó que los recursos asignados, deben ser restituidos en un plazo máximo de diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. En este contexto, el Ministerio ha realizado la asignación de \$110.719 millones a 206 entidades territoriales.

Con corte al 31 de marzo de 2014, se tienen el siguiente estado de las deudas:

**Tabla 61 . Estado de Deudas**  
Millones de pesos

Deuda Reconocida No Pagada*	Recursos de Asignación FOSYGA	Desahorro Del FAEP	Recursos del SGP libre inversión enero- marzo	Deuda pendiente de Pago
313.315	110.719	30.680	8.460	163.456

Fuente: Dirección de Financiamiento Sectorial. Ministerio de Salud y Protección Social.

\*Las entidades territoriales han informado un valor pagado de la deuda por un monto de \$7.531 millones.



En el marco del ejercicio de la determinación de la deuda y los pagos de las mismas, este Ministerio ha remitido a los organismos de control, la información de las deudas reconocidas en el marco de dicho Decreto. Se precisa que los contratos del Régimen Subsidiado, tenían disponibilidades presupuestales al momento de su suscripción y en consecuencia es necesario que los organismos de control revisen la situación respecto a los recursos del Sistema de Salud.

Se precisa que la información de este procedimiento fue remitido a la Contraloría General de la República y Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto que adelanten las intervenciones a que haya lugar en el marco de sus competencias.

### **Aclaración de cuentas del Sector**

En consideración a la problemática de la información de la cartera del sector salud, con el objetivo de dar continuidad a las acciones de aclaración de cartera y compromisos de pago, iniciadas en la Procuraduría General de la Nación en mayor de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, expidieron la Circular Conjunta 030 de 2013, la cual establece el procedimiento de saneamiento de aclaración de cuentas del sector.

En el marco de lo anterior, las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, informan a este Ministerio, mediante la plataforma dispuesta para este fin, las facturas pendientes de pago y las cuentas por cobrar, por atenciones incluidas en el Plan de beneficios, a la población de los regímenes subsidiado y contributivo, las atenciones a la población pobre no asegurada y los recobros por atenciones no incluidas en el Plan de beneficios de la población afiliada al régimen Subsidiado.

Dicha Circular establece las responsabilidades de los actores en el procedimiento de aclaración de cuentas, en este sentido el Ministerio debe disponer de las herramientas tecnológicas y entregar los resultados de cruce de información. Por su parte las entidades territoriales de orden departamental y distrital deben, trimestralmente, organizar las mesas de saneamiento.

Los resultados de esta Circular Conjunta, servirán como mecanismo en la depuración de las deudas del sector y apoyará las acciones adelantadas por el Gobierno Nacional, para el saneamiento de deudas y la garantía de la sostenibilidad del SGSSS.

Con corte a 31 de marzo de 2014, se tiene el reporte de la totalidad de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, así como de los departamentos y Distritos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el siguiente resultado de coincidencias.



**Tabla 62. Resultado de Cruces**  
**Millones de pesos**

<b>Resultado Cruces</b>	<b>Reporte ERP</b>	<b>Reporte IPS o EPSS</b>	<b>Menor valor</b>
Entidades departamentales o Distritales vs IPS	48.297	55.307	45.081
EPS - Régimen Contributivo vs IPS	1.258.781	1.389.075	1.052.849
Entidades Departamentales o distritales vs EPS	39.580	47.924	37.814
EPS - Régimen Subsidiado vs IPS	644.676	848.682	578.346
<b>Total</b>	<b>1.991.334</b>	<b>2.340.988</b>	<b>1.714.090</b>

Fuente: ERP- IPS – ET. Circular 30. Ministerio de Salud y Protección Social

De la información de la Circular 30, se encuentran diferencias muy importantes en el reporte de las EPS y las IPS, la diferencia en el Régimen Contributivo es cerca a las \$695.523 millones, mientras que en Régimen Subsidiado es cerca a los \$3,03 billones, lo que evidencia la necesidad de un esfuerzo de los responsables de pago y los prestadores de servicios de salud de ajustar sus estados financieros para llegar a la cifra real de cartera del sector.

Así mismo, en relación a las deudas por atenciones en lo no cubierto con Subsidios a la Demanda (PPNA y No POS), se tiene que las Entidades Territoriales reportaron cuentas por pagar a las IPS, cercana a los \$404 mil millones, mientras que las IPS reportaron cuentas por cobrar por el orden de los \$448 mil millones.

Se estableció que las entidades territoriales informan una deuda por concepto de Recobros por valor de \$390.130 millones y las EPS-S un valor de \$431.613 millones, de cuentas por cobrar, a los departamentos y municipios por este mismo concepto. En este sentido se encuentra que existe una diferencia de lo reportado por las entidades territoriales y las EPS-S de \$ 41.843 millones.

## **Compra de Cartera**

Es el mecanismo diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de los regímenes contributivo y subsidiado o las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que administren este último régimen.

La operación de la compra de cartera se financia con recursos de la subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y el pago de la operación es realizado por las EPS y/o Cajas de Compensación, que adeudan los recursos a las IPS, cuyo proceso se resume así:



**Gráfico 27. Proceso Compra de Cartera**  
Proceso general entre las entidades



Fuente : MSPS.

Al corte de mayo de 2014, se han aprobado 383 operaciones de compra de cartera por \$457.561 millones, en las que se han beneficiado 182 IPS y 21 EPS del los Regímenes contributivo y subsidiado.

Es importante señalar que las facturas que hacen parte de estas operaciones, no incluye las que corresponde a cartera corriente, es decir, la que es menor a 60 días. De acuerdo con lo anterior, sobre los datos de la edad y fecha en la que se originó la cartera, se informa que de acuerdo a lo observado y reportado en los formularios de Solicitud y Formalización de compra de cartera, se tienen facturas desde el año 2004 hasta el presente año.

A continuación se presenta el detalle de las operaciones de compra de cartera realizadas a mayo de 2014.

**Tabla 63 . Operaciones Aprobadas por Régimen**  
(Millones de pesos)

Régimen	Valor de Compra de Cartera	% Partic
Contributivo	280.430	61,3
Subsidiado	177.131	38,7
<b>Total general</b>	<b>457.561</b>	

Fuente :Subcuenta de Garantías FOSYGA



**Tabla 64 . Operaciones Aprobadas por tipo de IPS Beneficiada con la Operación de Compra de Cartera**  
(Millones de pesos)

Tipo Entidad	Valor de Compra de Cartera	% Partic
Mixta	47.172	10,3
Privada	258.884	56,6
Pública	151.505	33,1
<b>Total general</b>	<b>457.561</b>	

Fuente : Subcuenta de Garantías FOSYGA

Dentro del grupo de IPS beneficiadas, se presenta las 5 primeras de acuerdo a los montos aprobados y girados directamente:

**Tabla 65 . IPS de Naturaleza Mixta**  
(Millones de pesos)

Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Valor Aprobado
IPS Servicios Especiales de Salud	11.986
IPS de Universidad de Antioquia IPS Universitaria	35.186
<b>Total IPS Mixtas</b>	<b>47.172</b>
<b>IPS de Naturaleza Pública</b> (Millones de pesos)	
Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Valor Aprobado
E.S.E Hospital Universitario del Valle Evaristo Garcia	17.354
Hospital Federico Lleras Acosta Ese	15.042
Ese Hospital Universitario San José De Popayán	10.790
Hospital General de Medellin - Luz Castro De Gutierrez	8.025
Hospital Simon Bolivar III Nivel E.S.E.	7.434
Hospital Universitario de Santander	6.932
Otras IPS Públicas (60 IPS)	85.928
<b>Total IPS Públicas</b>	<b>151.505</b>

Fuente : Subcuenta de Garantías FOSYGA

**Tabla 66. IPS de Naturaleza Privada**  
(Millones de pesos)

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS	Valor aprobado
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad	15.596
Fundación Hospital San Vicente de Paul - Medellín	14.645
Diagnosticos Cardiológicos Especializados S.A Ibaguè	11.781
Fundacion Cardiovascular de Colombia	9.983
Clinica Medilaser S.A	9.723
Ips Clinica San Joaquin	7.532
Otras IPS Públicas (108 Ips)	189.624



Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS	Valor aprobado
<b>TOTAL IPS PRIVADAS</b>	<b>258.884</b>
<b>Total Operaciones Aprobadas</b>	<b>457.561</b>

Fuente : Subcuenta de Garantías FOSYGA

Las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado que han realizado y formalizado operaciones de compra de cartera con las IPS, presenta el siguiente consolidado:

**Tabla 67. Consolidado por EPS**  
(Millones de pesos)

Entidad Promotora de Salud	Valor Aprobado	% Part.
Caprecom EPS	138.907	30,4
Nueva EPS	111.236	24,3
Saludcoop EPS	70.055	15,3
Coomeva EPS	57.992	12,7
EPS Famisanar	16.829	3,7
Cafesalud EPS	15.657	3,4
Ecoopsos EPSS	9.092	2,0
Emssanar EPS	6.279	1,4
Coosalud EPS	6.117	1,3
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	5.529	1,2
Servicio Occidental de Salud SOS EPS	5.028	1,1
Saludvida EPS	4.696	1,0
Cruz Blanca	2.821	0,6
Comfacor	1.613	0,4
Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de La Salud E.S.S.	1.320	0,3
Caja de Compensación Familiar de Cartagena Comfamiliar	1.159	0,3
Asmet Salud	816	0,2
Golden Group S.A EPS	812	0,2
Pijaos Salud EPS Indígena	663	0,1
Dusakawi	649	0,1
EPS Convida	291	0,1
<b>Total</b>	<b>457.561</b>	

Fuente: Subcuenta de Garantías  
Corte: Mayo de 2014

De acuerdo con esta distribución, las cuatro primeras EPS concentran el 82,7% del total de \$457.561 millones, aprobados en las operaciones de cartera en la que CAPRECOM EPS participa en 30,4%, Nueva EPS con 24,3%, Saludcoop EPS con 15,3% y Coomeva EPS con 12,7%.



Otras 8 EPS, agrupan el 15,1%, del total de los recursos aprobados, entre los que se encuentran EPS FAMISANAR con 3,7%, Cafesalud EPS con 3,4%, ECOOPSOS EPSS con 2,0% y EMSSANAR EPS con 1,4%.

## 5.5 Recursos del sector salud y nuevas fuentes

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, se financia con recursos fiscales y parafiscales.

Para la vigencia 2013, estos recursos ascendieron a \$35,4 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del SGSSS de 9.7%, con respecto a la vigencia 2012, el cual se justifica, fundamentalmente, por el incremento de nuevos recursos definidos en la Ley 1393 de 2010, por aumento de las cotizaciones del Régimen Contributivo, que financian dicho Régimen y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud y, por la utilización de la totalidad de los recursos de excedentes de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA.

En el caso de los excedentes de la Subcuenta de Solidaridad, con la unificación de los planes de beneficios, iniciando en el mes de julio de 2012, se requirió la incorporación de los recursos provenientes de los excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad acumulados al cierre de la vigencia fiscal anterior.

Al cierre del año 2012, los excedentes de la Subcuenta de Solidaridad ascendieron a \$1,9 billones, que fueron incorporados en el presupuesto del año 2013 y se utilizaron en la cofinanciación del Régimen Subsidiado y pago de deudas en el marco de la Ley 1608 de 2013.

A continuación se detallan las fuentes que financian el sector y las variaciones entre las vigencias 2012 y 2013, así:



**Tabla 68. Fuentes de recursos del SGSSS, 2012-2013**  
(Millones de pesos constantes, 2013=100)

<b>Fuentes</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Cotizaciones	16.593.468	18.932.048
Otros Ingresos Incluye Rendimientos Financieros	1.124.576	456.029
Cajas de Compensación Familiar	361.616	561.711
Sistema General de Participaciones	6.097.472	6.371.988
Rentas Cedidas y recursos territoriales (Ley 1393 de 2010)	1.404.888	1.437.112
Subcuenta ECAT (SOAT) - FOSYGA	907.687	927.636
Subcuenta de Garantías para la Salud (Ley 1438 de 2011)	131.785	292.565
Excedentes Financieros FOSYGA	2.915.521	4.317.816
Regalías	221.442	-
Otros Recursos Territoriales – Régimen Subsidiado	83.957	78.651
Recursos de la Nación (Ley 1393 de 2010)	918.755	792.426
Aportes de la Nación Sub. Solidaridad FOSYGA - Incluida Compensación de Regalías	1.533.807	1.279.622
<b>Total fuentes del SGSSS</b>	<b>32.294.974</b>	<b>35.447.604</b>

**Fuente:** Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Estadística MSPS, Formulario Único Territorial - FUT

Frente al uso de estos recursos, su destinación es principalmente a la financiación de los Regímenes Contributivo, con un 44%, seguido del régimen subsidiado, con el 34%. Así mismo, en menor proporción, se destinan a la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, la salud pública y los programas de prevención y promoción como se detalla en la siguiente cuadro.

Para el año 2013, se ejecutaron \$32,8 billones de los recursos del SGSSS, lo que representó un incremento de 16,9% con respecto a la vigencia del 2012. No obstante, en términos de crecimiento real entre el 2012 y 2013, el Régimen Subsidiado creció el 41% frente a 6,5% del Régimen Contributivo.



**Tabla 69. Usos del SGSSS, 2012-2013**  
(Millones de pesos constantes, 2013=10)

Usos	2012	2013
Régimen subsidiado	9.351.652	12.011.429
Régimen contributivo	12.919.735	13.736.748
Prestación de servicios población pobre no asegurada	1.783.342	1.735.280
Salud pública y promoción y prevención	1.249.883	1.472.911
Recobros por medicamentos no POS y fallos de tutela	2.133.408	2.655.702
Reconocimiento prestaciones de servicios no POS	-	-
Cobertura ECAT	174.808	102.986
Otros usos en salud	230.577	117.238
Subcuenta de Garantías para la salud - FOSYGA	-	292.565
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	211.338	216.185
<b>Total Usos del SGSSS</b>	<b>28.054.742</b>	<b>32.341.044</b>

**Fuente:** Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadística MSPS, Formulario Único Territorial – FUT Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial – Ministerio Protección Social.

En el caso de regalías que se destinan a financiar el Régimen Subsidiado de salud, en cumplimiento del artículo 145 del Decreto Ley 4923 de 2011 y, el artículo 145 de la Ley 1530 de 2012, serán sustituidos con fuente Nación, que para el caso del año 2012, por la compensación de caída de estos recursos se cofinanciaron aproximadamente \$191.858 millones.

## Sistema General de Participaciones

De acuerdo con la distribución de los CONPES 148 de 2012 y, 145 de 2011, para la vigencia 2013 se tiene una distribución de \$6,37 billones y para el 2014 de \$6,63 billones, como se muestra a continuación:

**Tabla 70. Sistema General de Participaciones 2013**  
(Millones de pesos)

Sistema General de Participaciones Demanda	4.175.564
Sistema General de Participaciones Oferta	1.559.225
Sistema General de Participaciones Salud Pública	637.199
<b>Total asignado</b>	<b>6.371.988</b>

**Fuente:** CONPES 158 de 2012 y 160 de 2013



**Tabla 71. Sistema General de Participaciones 2014**  
(Millones de pesos)

Sistema General de Participaciones Demanda	4.365.753
Sistema General de Participaciones Oferta	1.548.380
FONSAET	54.766
Sistema General de Participaciones Salud Pública	666.222
<b>Total Asignado</b>	<b>6.635.121</b>

Fuente: CONPES 169 de 2013 y 171 de 2014

## 5.6 Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga

**Tabla 72. Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA**  
**Julio 1 a diciembre 31 de 2010**  
Millones de pesos

Concepto	Apropiación Definitiva	Ingresos			Gastos		
		Recaudo 1 julio a 31 dic	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos 1 jul a 31 dic	% Ejecución	% Participación
Compensación	13.640.581	6.572.543	48%	76%	6.461.715	47%	80%
Solidaridad	3.475.986	1.487.439	43%	17%	930.438	27%	12%
Promoción	1.020.596	142.573	14%	2%	515.138	50%	6%
Ecat	1.226.150	425.496	35%	5%	141.644	12%	2%
Garantías	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>19.363.313</b>	<b>8.628.051</b>	<b>45%</b>	<b>100%</b>	<b>8.048.935</b>	<b>42%</b>	<b>100%</b>

Consortio SAYP 2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS

**Tabla 73. Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA**  
**enero 1 a diciembre 31 de 2011**  
Millones de pesos

Concepto	Apropiación Definitiva	Ingresos			gastos		
		Recaudo 1 enero a 31 dic	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos 1 enero a 31 dic	% Ejecución	% Participación
Compensación	14.908.017	14.071.593	94%	70%	13.492.312	91%	81%



Consorcio SAYP

Solidaridad	3.174.011	3.613.530	114%	18%	1.625.578	51%	10%
Promoción	481.491	519.402	108%	3%	398.391	83%	2%
Ecat	1.290.018	2.024.172	157%	10%	1.060.485	82%	6%
Garantías	122.655	-	-		-	-	0%
<b>Total</b>	<b>19.976.191</b>	<b>20.228.697</b>	<b>101%</b>	<b>100%</b>	<b>16.576.766</b>	<b>83%</b>	<b>100%</b>

2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS

**Tabla 74 . Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA  
enero 1 a diciembre 31 de 2012  
Millones de pesos**

Concepto	Subcuenta	Apropiación Definitiva	Ingresos		Gastos			
			Recaudo 1 enero a 31 dic	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos 1 enero a 31 dic	% Ejecución	% Participación
Compensación		15.825.510	15.850.973	100%	68%	14.698.229	93%	76%
Solidaridad		3.631.633	4.725.946	130%	20%	3.244.910	89%	17%
Promoción		582.742	698.010	120%	3%	456.728	78%	2%
Ecat		998.000	1.898.549	190%	8%	959.672	96%	5%
Garantías		125.074	129.287	1	0	-	-	0%
<b>Total</b>		<b>21.162.959</b>	<b>23.302.766</b>	<b>110%</b>	<b>100%</b>	<b>19.359.539</b>	<b>91%</b>	<b>100%</b>

Consorcio SAYP 2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS

**Tabla 75. Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA  
enero 1 a diciembre 31 de 2013  
Millones de pesos**

Concepto	Subcuenta	Apropiación Definitiva	Ingresos		gastos			
			Recaudo 1 enero a 31 dic	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos 1 enero a 31 dic	% Ejecución	% Participación
Compensación		17.665.256	17.856.609	101%	66%	16.533.045	94%	69%
Solidaridad		6.554.913	6.333.695	97%	23%	5.515.889	84%	23%
Promoción		623.963	610.176	98%	2%	542.291	87%	2%
Ecat		1.117.607	2.020.753	181%	7%	1.044.664	93%	4%
Garantías		350.000	163.498	0	0	292.565	1	1%
<b>Total</b>		<b>26.311.738</b>	<b>26.984.731</b>	<b>103%</b>	<b>100%</b>	<b>23.928.454</b>	<b>91%</b>	<b>100%</b>

Fuente : Consorcio SAYP 2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS



**Tabla 76. Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA  
enero 1 a mayo 31 de 2014  
Millones de pesos**

Concepto	Apropiación Definitiva	Ingresos			gastos		
		Recaudo 1 enero a 31 mayo	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos 1 enero a 31 mayo	% Ejecución	% Participación
Compensación	16.919.421	7.246.876	43%	61%	6.978.354	41%	61%
Solidaridad	6.688.520	2.899.010	43%	24%	2.755.647	41%	24%
Promoción	572.420	196.024	34%	2%	220.764	39%	2%
Ecat	2.416.000	1.358.713	56%	11%	1.374.935	57%	12%
Garantías	253.000	165.374	1	0	164.996	1	1%
<b>Total</b>	<b>26.849.360</b>	<b>11.865.998</b>	<b>44%</b>	<b>100%</b>	<b>11.494.695</b>	<b>43%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Consorcio SAYP 2011 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social MSPS

### 5.7 Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud-FONSAET

La Ley 1438 de 2011, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al tenor del artículo 50, creó el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, fondo cuenta, sin personería jurídica, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, creado para asegurar el pago de las obligaciones de las Empresas Sociales del Estado intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Dicho artículo fue modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, indicando que el objeto del FONSAET, es asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio, conforme a lo previsto en su artículo 80, o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y, las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación, cuyas fuentes de financiación del Fondo son:

- Hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.
- Los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010, que sean recaudados directamente por la Nación.

Por decisión expresa del mencionado artículo 50, se determinaron los términos y condiciones para la administración del Fonsaet, mediante Decreto 4690 de diciembre de 2012, indicando quién ejercerá su administración, las funciones derivadas de la



misma, así como las disposiciones relacionadas con la ordenación, asignación y giro de los recursos que lo conforman.

De otra parte, de conformidad con lo establecido en el artículo 43 Transitorio del Decreto 4107 de 2011, la Dirección de Administración de Fondos de Protección Social, asumió las competencias de la administración del Fondo, a partir del 1° de enero de 2012, competencia que le fuera asignada a la Dirección de Financiamiento Sectorial, hasta el 31 de diciembre de 2011.

Atendiendo la solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud y con la recomendación correspondiente por parte de la Dirección de Prestación de Servicios y atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, se asignaron los siguientes recursos:

**Tabla 77. Recursos Asignados Vigencia 2011**  
Millones de pesos

Departamento	Entidad Beneficiaria	Valor Asignado
Chocó	ESE Salud Chocó – Entidad Liquidada	\$ 2.443
Chocó	ESE Hospital San Francisco de Asís	\$ 5.886
Chocó	ESE Hospital Eduardo Santos	\$ 6.378
Córdoba	ESE Hospital San Diego	\$ 5.660
Atlántico	ESE Hospital de Puerto Colombia	\$ 2.810
Atlántico	ESE Hospital Juan de Acosta	\$ 2.511
Antioquia	ESE Hospital Francisco Valderrama	\$ 5.149
Guaviare	ESE Red de Servicios de Salud de Primer Nivel	\$ 3.128
Magdalena	ESE Hospital La Candelaria	\$ 5.295
Magdalena	ESE Hospital San Rafael	\$ 3.929
Guainía	ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo	\$ 4.900
<b>Total</b>		<b>\$ 48.089</b>

Fuente : Resolución 0470 de 2011 MSPS.

**Tabla 78. Recursos Asignados Vigencia 2012**  
Millones de pesos

Departamento	Entidad Beneficiaria	Valor asignado
Antioquia	ESE Hospital Antonio Roldán Betancur	\$ 11.401
Antioquia	ESE Hospital La Cruz	\$ 2.985
Arauca	ESE Moreno Calvo y Clavijo	\$ 5.460
Córdoba	ESE CAMU Prado	\$ 833
Guaviare	ESE Hospital San José del Guaviare	\$ 10.727
Sucre	ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	\$ 1.131
Valle del Cauca	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	\$ 2.211



Valle del Cauca	ESE Hospital San Vicente de Paúl	\$ 3.713
Vichada	ESE UBA Nuestra Señora del Carmen	\$ 2.641
<b>Total</b>		<b>\$ 41.102</b>

Fuente : Resolución 4362 de 2012 MSPS.

## 5.8 Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación de la UPC

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha implementado una metodología actuarial debidamente reconocida para realizar el cálculo de la UPC y garantizar el cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud, para los afiliados de los respectivos regímenes. Adicionalmente, avanzó en el fortalecimiento del proceso de recolección de información en línea, así como el perfeccionamiento de la malla validadora para tal fin.

En las siguientes tablas se observa el incremento de la UPC, año a año, para cada uno de los regímenes y el paralelo de variación de UPC, ponderada entre ellos:

**Tabla 79. Variaciones UPC ponderada por vigencia 2010-2014  
Precios corrientes**

Año	UPC Régimen Subsidiado	UPC Régimen Contributivo	Variación - Subsidiado	Variación – Contributivo
2010	\$ 289.070,4	\$ 485.013,6		
2011	\$ 302.778,9	\$ 501.844,5	4,74%	3,47%
2012	\$ 393.002,7	\$ 547.639,2	29,80%	9,13%
2013	\$ 508.993,0	\$ 568.944,0	29,51%	3,89%
2014	\$ 531.388,8	\$ 593.978,4	4,40%	4,40%

Fuente: Elaboración propia tomado de los desarrollos técnicos de definición de la UPC

**Tabla 80. Variaciones UPC ponderada por vigencia 2000-2014  
Valores constantes 2008**

Año	IPC	UPC Régimen subsidiado	UPC Régimen Contributivo	Variación - Subsidiado	Variación – Contributivo
2010	105,24	\$ 274.677,3	\$ 460.864,3		
2011	109,16	\$ 277.371,7	\$ 459.733,0	1%	0%
2012	111,82	\$ 351.460,1	\$ 489.750,7	27%	7%
2013	113,98	\$ 446.563,4	\$ 499.161,3	27%	2%
2014	117,40	\$ 452.633,3	\$ 505.946,7	1,36%	1,36%

Fuente: Elaboración propia tomado de los desarrollos técnicos de definición de la UPC



Asimismo, durante el cuatrienio y en particular en 2013 y 2014, se avanzó en la equidad regional, reconociendo una prima adicional para las ciudades que tenían una oferta alta de servicios de salud, así como aquellos municipios que igualmente gozan de alta afiliación en ambos regímenes, esto se tradujo en el incremento de las ciudades que hasta 2012, recibieron el nombre de conurbados, pasando de 10 municipios a 31, lo cual benefició a 23 millones de personas<sup>29</sup>.

Bajo la misma línea en el año 2013, se amplió el número de municipios que gozan de prima adicional por dispersión geográfica, de manera tal que se incluyeron 169 municipios, beneficiando a cerca de 2.1 millones de personas<sup>30</sup>. El total de municipios que hoy se benefician con esta prima adicional son 363.

## 5.9 Controles a los Precios de Medicamentos

### Regulación de Precios de Medicamentos

La falta de regulación efectiva de precios fue una de las principales causas del crecimiento exponencial en los recobros. La implementación de los Valores Máximos de Recobro, desde Diciembre 2010, que a través del Decreto 4474 de 2010, adopta Valores Máximos de Reembolso (VMR), como medida ante los precios excesivos en medicamentos de última generación –muchos de estos biotecnológicos y monopólicos– y, la gestión que durante 2011, el Ministerio de Salud realizó, emitiendo siete Resoluciones que establecen el VMR, para un total de 136 moléculas (principios activos), frenaron el crecimiento exponencial de valor total de los reembolsos. Lo anterior significó una reducción del 27.5% del recobro de medicamentos durante 2011 y 2012, que representó recursos por \$660 millones.

Sin embargo, con frecuencia los precios locales siguen estando por encima de los precios internacionales, lo que resalta la necesidad de replantear la política de precios, basada en referenciación internacional, por lo cual, a través de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, se expide la Circular No. 03 de 2013, “Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional”.

En total se han regulado 864 medicamentos por metodología de referenciación internacional, de los cuales 585 medicamentos están incluidos en Plan Obligatorio de Salud (POS), 279 medicamentos regulados aun son recobrados (NO POS) y que

<sup>29</sup> Población DANE

<sup>30</sup> Población DANE



tuvieron una reducción promedio en su precio de 41%, que representa un ahorro estimado de \$500.000 millones de pesos.

Actualmente la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y la DMTS, adelanta la expedición de la Circular 02 de 2014, “Por la cual se compilan y unifican los valores regulados para propósitos de reconocimiento y pago por parte del FOSYGA”, la cual contempla que para los principios activos que tienen Precio Internacional de Referencia, este será su Valor Máximo de Recobro, y para aquellos principios activos que no tienen Precio Internacional de Referencia, su valor máximo de recobro seguirá siendo el que se estableció en la Circular 04 de 2012.

Como resultado del trabajo coordinado con la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, El Ministerio de Salud y Protección Social, ha desarrollado las siguientes circulares, las cuales establecen modificaciones y lineamientos sobre el control directo de precios de medicamentos en el país, aspecto trascendente en el sistema de salud en Colombia:

**Tabla 81. Normatividad Relacionada con Control a Precios de Medicamentos**

Norma	Fecha de Expedición
<u>Circular No.1 de 2012.</u> Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.	04 de septiembre de 2012
<u>Circular No.2 de 2012.</u> Por la cual se dictan disposiciones sobre transparencia y divulgación pública de información relacionada con medicamentos.	08 de noviembre de 2012
<u>Circular No.3 de 2012.</u> Por la cual se modifica parcialmente la Circular No1 de 2012.	08 de noviembre de 2012
<u>Circular No. 4 de 2012.</u> Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo.	08 de noviembre de 2012
<u>Circular No. 01 de 2013.</u> “Por la cual se aclara el sentido, interpretación y alcance del artículo 2° de la Circular No. 01 del 14 de abril de 2010 de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.”	06 de marzo de 2013
<u>Circular No. 02 de 2013.</u> “Por la cual se amplía el plazo para el desarrollo de la metodología según lo establecido en el artículo 8 de la Circular 002 de 2011, modificado por el artículo 8 de la Circular 01 de 2012.”	26 de marzo de 2013
<u>Circular No. 03 de 2013.</u> “Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.”	21 de mayo de 2013
<u>Circular No.04 de 2013.</u> “Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio Nacional”	23 de agosto de 2013
<u>Circular No. 5 de 2013.</u> Por la cual se modifica la Circular 04 de 2013	16 de septiembre de 2013
Circular 06 de 2013	6 de octubre de 2013
Circular 07 de 2013	23 de diciembre de 2013
<u>Circular No. 01 de 2014.</u> Por la cual se incorporan medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio máximo de venta, se modifica la circular 07 de 2013 y se dictan otras disposiciones.	01 de abril de 2014

**Fuente:** Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.



## 6. PROMOCIÓN SOCIAL

### 6.1 Primera infancia, niños, niñas y adolescentes

#### Primera Infancia

- Construcción de estándares de calidad en alimentación saludable y actividad física, salud bucal, visual y auditiva, definidos y propuestos en la mesa de primera infancia.
- Desarrolló proceso de validación del módulo de cáncer infantil en la estrategia AIEPI con expertos nacionales.
- Elaboración de manuales de promoción de la salud mental para niños, niñas y adolescentes y de detección de riesgos psicosociales en cuidadores y cuidadoras de menores de 5 años.
- Construcción de modelo de atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes que incluya acciones en el marco del sistema de responsabilidad penal en adolescentes (en curso).

#### Escuelas Saludables

- Implementación de la Estrategia promocional de Estilos de Vida Saludables – EVS -, en instituciones de educación básica y media, desarrollada por el Ministerio de Educación Nacional - MEN y el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, como una experiencia piloto en 5 entidades territoriales, con participación de 230 establecimientos educativos y 315 docentes. Cobertura Nacional.
- 4 Módulos de auto-aprendizaje virtual desarrollados para la implementación de estrategias y la promoción de EVS, en el entorno escolar.
- Estrategia Escuela de Puertas Abiertas - EPA, en 11 departamentos con énfasis en la población víctima de violencia.



- Ruta definida y articulada a la acción de las Secretarías de Educación y Secretarías de Salud para promover estilos de vida saludable y trabajando las estrategias nacionales de Escuelas Saludable (orientada al desarrollo de la escuela como entorno saludable) y la estrategia para la promoción de estilos de vida saludable EPEVS) orientada al desarrollo de competencias ciudadanas.
- Desarrollo de proyectos pedagógicos transversales que promueven los estilos de vida saludables en el entorno escolar en la “Escuela de puertas abiertas”, modalidad educativa implementada por OIM, dirigida a población escolarizada y no escolarizada, en zonas de alta vulnerabilidad por conflicto y población desplazada. Los resultados y lecciones aprendidas de estas experiencias están en proceso de análisis, para su integración en la Estrategia Escuelas Saludables.
- De otra parte, se consolidó el país, como pionero en Latinoamérica, para la implementación del programa “Eleven for Health” u “once por la salud” de la FIFA. Programa dirigido a escolares, desarrollado en 4 ciudades del país, en el cual se incluyó capacitación a los instructores del programa en las ciudades de Manizales, Cartagena, Cali y Bogotá.
- Igualmente, se suscribió un Convenio marco entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Coldeportes Nacional, que permite que en el Sistema Nacional del Deporte se promuevan Estilos de Vida Saludables y no sólo rendimiento deportivo, hecho que muestra la importancia de una buena acción intersectorial en pro de la salud.

## 6.2 Víctimas del conflicto armado

A partir de la expedición de la Ley 1448 de 2011, Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, conformó un comité institucional para la salud y protección social, de las víctimas del conflicto armado<sup>31</sup>. Producto de la gestión de este comité se cuenta con: 1) Protocolo de Atención en Salud Integral con enfoque psicosocial; 2) Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para Víctimas; 3) Medidas de monitoreo y seguimiento de la atención integral en salud y psicosocial; 4) Lineamientos de Formación del Talento Humano en Salud y Auto-cuidado. Los desarrollos y avances del Ministerio de Salud y Protección Social descritos, dan cumplimiento a lo establecido en el documento Conpes 3726 de 2012, que fija el Plan Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas del Conflicto Armado.

<sup>31</sup> Resolución 888 de 2012



**Fortalecimiento institucional.** El Ministerio fue certificado para la vigencia 2012, dentro del grupo A<sup>32</sup>, por la Unidad para las Víctimas –UARIV, por su contribución en las acciones de prevención, asistencia y reparación integral a las víctimas. Por otra parte, el MSPS, durante la vigencia 2012 -2013, ejecutó tres proyectos<sup>33</sup> tendientes a la asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, por valor de \$142.522.4 millones en 2012 y de \$141.802.0 millones para el 2013. Así mismo, a través de la Subcuenta ECAT FOSYGA, se ejecutaron tres proyectos<sup>34</sup> de asistencia y reparación integral a las víctimas por \$65.950.0 millones en el 2012 y \$37.707.0 en el 2013. Durante el 2013, se inscribió en el BPIN el proyecto de inversión denominado “*Fortalecimiento institucional y comunitario para la atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado*”, a ser ejecutado a partir del 2014, por un valor de \$4.300.0 millones, en ejecución.

**Coordinación con el sistema nacional de atención, asistencia y reparación integral a víctimas del conflicto armado -SNARIV.** En la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, se cuenta con un Equipo Técnico del nivel nacional, en coordinación con el SNARIV, a través del Comité Institucional para la Salud y Protección Social, de las víctimas del conflicto armado, con la participación activa en los subcomités dispuestos en el Decreto 4800 de 2011. A partir de 2013, en el proceso de operación territorial del PAPSIVI, se cuenta con quince (15) equipos técnicos departamentales y tres (3) distritales, integrados por directivos y profesionales de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. De igual manera, se cuenta con 234 equipos técnicos municipales y 126 equipos interdisciplinarios de atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado.

En el marco del programa integrado de gestión territorial para la promoción social de las poblaciones prioritarias se han fortalecido 21 entidades territoriales para la atención integral a poblaciones vulnerables (víctimas del conflicto armado, personas con discapacidad, niños y niñas) y se han ejecutado recursos por \$1.002.2 millones.

Durante el año 2012, el Ministerio distribuyó recursos a 23 entidades territoriales para fortalecer la capacidad de gestión en el cumplimiento de los Autos de protección diferencial de los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento y personas en situación de desplazamiento con discapacidad, emitidos por la Corte Constitucional, otras sentencias y órdenes judiciales de competencia del Sector Salud y Protección Social y para el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado–PAPSIVI.

**Atención en el marco del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI.** Entre los años 2010 y 2013, se gestionó la afiliación al régimen

<sup>32</sup> Fuente: UARIV. Cumplimiento de las acciones que le competen de acuerdo a la Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en un 95%.

<sup>33</sup> Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social: i) Ampliación y renovación de la afiliación al régimen subsidiado, ii) Asistencia y promoción social para la inclusión y la equidad nacional y iii) Implantación de proyectos para población especiales.

<sup>34</sup> Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.



subsidiado de salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de personas en situación de desplazamiento, la cual pasó de 872.651 a 2.211.117 personas afiliadas, que representa una cobertura del 87.7% de las personas en situación de desplazamiento.

A partir de los cruces realizados entre la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA y la base de datos del Registro Único de Víctimas –RUV, suministrada por la UARIV, se identificaron 4.625.648<sup>35</sup> personas víctimas por estado afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado.

De manera complementaria, en cumplimiento del artículo 88 de la Ley de Víctimas, en el 2012, se elaboró el Protocolo de Atención en Salud Integral con Enfoque Psicosocial, que tiene como objeto garantizar la atención integral en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a la población víctima del conflicto armado, con el fin de superar o disminuir el daño físico, emocional y/o psicológico, consecuencia de hechos victimizantes. En el periodo 2009 a 2013, se logró identificar que 2.327.47736 de personas víctimas recibieron 46.624.656 atenciones en salud.

Para concurrir a la financiación de las atenciones en salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda para las personas en situación de desplazamiento, durante el 2011 y 2012 se asignaron 50.000 millones de pesos a 36 entidades territoriales. Con estos recursos se tiene un reporte parcial de 48.946 personas atendidas. Dado que se ha mejorado la cobertura de afiliación de esta población al SGSSS y que mediante la resolución 5521 de 2013 se amplía y actualiza el Plan Obligatorio de Salud -POS en servicios de salud mental para la población en general y la atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia, entre otros servicios, para el 2014, se transferirán \$9.970.0 millones.

Durante el periodo julio a diciembre de 2013, se desarrollaron acciones en salud sexual y reproductiva con el propósito de articular los procesos intersectoriales para el abordaje integral de las víctimas de violencias de género, el seguimiento a la atención en salud, el diseño de herramientas y el desarrollo de estrategias. En esta línea, durante el año 2014 se logró el fortalecimiento de los actores del Sistema de Salud como las EPS, IPS y Direcciones Territoriales de Salud.

El diseño del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas–PAPSIVI, se realizó en el marco de los Espacios de Interlocución Transitorias de Participación para las víctimas. En dichos espacios se contó con la participación de las víctimas y diferentes actores de 25 entidades territoriales y 103 líderes de la Mesa Nacional Transitoria. Actualmente se adelantan los trámites para la implementación del programa en 234 municipios de 17 departamentos y el Distrito Capital.

<sup>35</sup> Fuente: Registro Único de Víctimas- RUV vs Registro Único de Afiliados – RUAF, Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>36</sup> Fuente: Cruce de base de datos RUV – SISPRO – RIPS. \* Reporte parcial de los RIPS recibidos en el Ministerio.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

La implementación del programa contempla el desarrollo de una fase de: *levantamiento de líneas de base y análisis contextual, focalización de las personas víctimas, caracterización y concertación de planes de atención, atención psicosocial y cierre del proceso*. Para el año 2014, se cuenta con 61.968 planes de atención psicosocial en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Bogotá, Cauca, Cesar, Choco, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Santander y Sucre, que corresponden a territorios priorizados. Para un total de 63.988 personas víctimas con planes de atención psicosocial, ya sea en modalidad individual, familiar o comunitaria, con una inversión de \$20.000.0 millones en 2013, y de \$ 25.000.0 millones en el 2014.

En cumplimiento del artículo 169 del Decreto 4800 de 2011, el Ministerio formuló los lineamientos para el desarrollo del talento humano en la atención a víctimas, con el objetivo de orientar a las diferentes instituciones que forman parte del SNARIV, en la adopción y puesta en marcha de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen su desarrollo y fortalecimiento. En el año 2013<sup>37</sup>, en los procesos de socialización participaron 563 personas; en videoconferencias para la formación en atención con enfoque psicosocial, 378 personas en el proceso de alistamiento del programa, 1274 profesionales y en la jornada de construcción del programa, 93 víctimas. Para el año 2014 se logró la formación de 175 promotores/as psicosociales y la participación de 710 profesionales en el curso virtual de atención a víctimas con enfoque psicosocial.

**Enfoque diferencial para la atención a las víctimas.** Para la atención a Niños, Niñas y Adolescentes en desplazamiento, se ha venido desarrollando el Programa Mis Derechos Primero, en operación en 100 municipios de los departamentos de Antioquia, Arauca, Bolívar, Santander, Caquetá, Choco, Guaviare, Nariño, Putumayo, Sucre, Tolima y Valle del Cauca, y el Distrito Capital, apoyando acciones de coordinación y fortalecimiento institucional con una asignación de \$1.122.0 millones (vigencia 2012), y estrategias de fortalecimiento familiar y comunitario. Así mismo, el Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial –ISEP, tiene cobertura en 16 departamentos, 71 municipios y un corregimiento, con participación de 29.090<sup>38</sup> personas en forma directa y 220 organizaciones de víctimas. Entre 2006 y 2014<sup>39</sup>, se destinaron recursos por un valor de \$21.053.0 millones, para el proyecto, que se ejecuta mediante contratos suscritos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Secretariado Nacional de Pastoral Social –SNPS.

En relación a las personas víctimas de Minas Antipersonal, Municiones sin explotar y Artefactos explosivos improvisados (MAP - MUSE – AEI), el Ministerio viene

<sup>37</sup> Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Diciembre de 2013.

<sup>38</sup> Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>39</sup> Fuente: Informes finales de contratos, Ministerio de Salud y Protección Social – Secretariado Nacional de Pastoral Social. Diciembre de 2013.



desarrollando estrategias y procesos de coordinación interinstitucional para garantizar la atención integral de esta población y la afiliación al SGSSS, de quienes no dispongan de ésta. Se han identificado 10.521 personas víctimas con discapacidad afiliadas al SGSSS, de las cuales 1.397 víctimas de MAP y 2.316 de MUSE, han recibido atención integral en salud por valor de \$2.795.0 millones en el año 2013<sup>40</sup>.

**Cumplimiento de órdenes judiciales de carácter internacional y nacional.** En cumplimiento de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, desde el mes de abril de 2013, se han venido adelantando reuniones de diálogo y concertación con los representantes de las víctimas, avanzando en la definición de acciones y el establecimiento de acuerdos para fortalecer los procesos de atención. Igualmente se dispone de una base de datos de 1.578 personas víctimas y la gestión de 66 casos prioritarios reportados por los representantes.

En el cumplimiento de la Sentencia T-045 de 2010, de la Corte Constitucional, se diseñó el Protocolo de abordaje psicosocial, el cual ha sido la base para la construcción del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI. La atención psicosocial de 2.020 personas víctimas en los Distritos de Barranquilla y Cartagena, los municipios de Sincelejo, Los Palmitos y Soledad, y en el corregimiento de El Salado del Carmen de Bolívar, se ha realizado a través de cuatro equipos interdisciplinarios. Así mismo, se han elaborado 2.020 planes de atención psicosocial con participación de la comunidad de El Salado.

### 6.3 Poblaciones con Discapacidad

Como ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad, el Ministerio desarrolló acciones enmarcadas en las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos” 2010 – 2014, a partir de los resultados de la evaluación de la Política Nacional de Discapacidad, se inició el proceso de construcción de una nueva Política pública de discapacidad e inclusión social, el cual se desarrolló durante el año 2012, de forma conjunta con el Grupo de Enlace Sectorial -GES con insumos de los territorios y aprobados en mesas sectoriales, con la participación de 1.120 representantes de todo el país. A partir de este proceso participativo, se expide el Conpes Social 166 de 2013, con vigencia 2013 a 2022.

Como una clara contribución del Gobierno Nacional para fortalecer la integración de los países de la región en torno del desarrollo de la política social, el Ministerio lideró el proceso de formulación de la Política Andina de Prevención de la Discapacidad, Atención y Rehabilitación Integral de las personas con Discapacidad, cuya difusión se inició el marco de la Cumbre de Vicepresidentes por la Democracia y la Solidaridad

<sup>40</sup> Decreto 3990 de 2007



“América sin Barreras”, realizada en Quito – Ecuador, en diciembre de 2010. Entre los años 2011 y 2012, se estructuró el Plan Estratégico para su implementación.

Se construyó el “*Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado*”, así como la Estrategia de intervención interinstitucional e intersectorial. En esta estrategia han participado las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud, la Red Unidos y los sectores de educación, Sena y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF. Desde agosto de 2012, se amplió la implementación del programa en el componente de atención, al focalizar 32.735 Personas en Situación de Desplazamiento con Discapacidad de 74 municipios, a partir de los cruces de las bases de datos Registro Único de Población Desplazada, con Infounidos – discapacidad. A partir de 2014, se extiende la estrategia a todo el territorio nacional. En coordinación con el Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados –ACNUR, se elaboró la Directriz de Enfoque Diferencial, para el goce efectivo de los derechos de las Personas en situación de desplazamiento con Discapacidad en Colombia.

En el 2012, se terminó el Proyecto de Cooperación Técnica entre los gobiernos de Colombia y Japón, iniciado en 2008, a través de la Agencia de Cooperación Internacional JICA, para el “*Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral de Personas con Discapacidad, especialmente víctimas de accidentes con minas antipersonal*”, como respuesta a la necesidad de mejorar los procesos de rehabilitación de las víctimas de MAP / MUSE y de articular el trabajo de las entidades públicas y privadas. Este proyecto se orientó a fortalecer el trabajo interdisciplinario, las capacidades de los profesionales de la salud, la definición de guías de atención para las personas con limitación visual y amputación traumática, el desarrollo de la Estrategia “Del dicho al hecho por nuestros Derechos” y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta pre-hospitalaria para las víctimas de MAP y MUSE, a través del diseño de guías de atención desde el primer respondiente hasta el traslado al centro de atención hospitalaria.

**Fortalecimiento del sistema nacional de discapacidad.** El Consejo Nacional de Discapacidad, ha realizado 19 sesiones ordinarias y 2 sesiones extraordinarias, desde su instalación el día 26 de mayo de 2011; en su gestión de forma conjunta con el Grupo de Enlace Sectorial –GES, sobresale la reglamentación de la Ley 1145 de 2007, a través de la Resolución 3317 de 2012; la expedición de cuatro Acuerdos referentes a su reglamento interno, aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad –RLCPD, solicitud de creación del Observatorio Nacional de Discapacidad, adopción del Sello Colombia Inclusiva; presentación del Primer Informe del Estado Colombiano frente a la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y actualización del Informe ante la OEA y la coordinación del proceso de reglamentación de la Ley Estatutaria 1.618 de 2013.



Desde la gestión de la Secretaría Técnica se han realizado cinco Encuentros Nacionales de Secretarías Técnicas de Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad, con la participación del 87% de las entidades territoriales y se ha brindado la asistencia técnica al 100% de los Departamentos y Distritos, percibiéndose un incremento progresivo en la conformación y funcionamiento de dichos Comités.

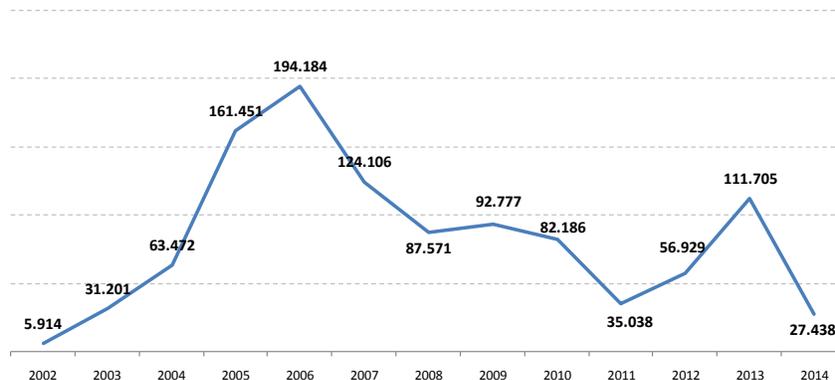
Desde el 1 de noviembre de 2010, el Ministerio de Salud y Protección Social, tiene a su cargo el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD, momento a partir del cual se inicia un proceso de modernización de dicho registro, a través de las siguientes acciones:

- Desarrollo e implementación del formulario electrónico al que se accede por Internet mediante aplicativo Web.
- Integración del Registro al Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO.

Con corte a 30 de abril de 2014, el 89% (997), de los municipios del país, han aplicado el registro durante el período del presente informe, contando con un total de 1.074.015 personas con discapacidad caracterizadas, lo que corresponde a una cobertura del 2.25% del total de la población colombiana según proyecciones del DANE – 2014.

El siguiente gráfico visibiliza el comportamiento en la cobertura anual del RLCPD desde su creación a la fecha:

**Gráfico 28. Cobertura Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD**



Fuente : MSPS SISPRO RLCPD.mayo 2014

La información del RLCPD articulada al SISPRO constituye la fuente de referencia del Observatorio Nacional de Discapacidad, en implementación.



Durante el cuatrienio se ha desarrollado la Estrategia Colombia Inclusiva para la socialización, buenas prácticas en inclusión social de Personas con Discapacidad, familias y cuidadores, postulándose 110 experiencias en el año 2012. Así mismo durante el periodo 2010-2014, se han realizado 51 sesiones de los Encuentros Nación-Territorio en torno a la discapacidad, con una participación promedio de 150 personas por sesión.

En el ámbito de las competencias del Sector Salud, fueron elaborados los Lineamientos nacionales para el adecuado funcionamiento de los Bancos de Productos de Apoyo –BPA y los Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC, que se articularán a los lineamientos nacionales de Rehabilitación Funcional en el marco de la Rehabilitación Integral.

Se construyeron los manuales e instrumentos de Certificación de Discapacidad y Valoración Ocupacional de las Personas con Discapacidad. Fueron implementadas las Mesas Nacionales para la Atención Integral en Salud del Trastorno del Espectro Autista, Baja visión irreversible y Rehabilitación funcional en el marco de la Rehabilitación Integral, con participación de organizaciones sociales, prestadoras de servicios, ONG´s, Academia e instituciones del nivel nacional.

Para apoyar los planes territoriales de atención a la Discapacidad, el Ministerio de Salud y Protección Social ha transferido recursos por valor de \$11.600.0 millones a 32 departamentos y 4 distritos, orientados a la entrega de ayudas técnicas, implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC y fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad y su participación en los comités territoriales de discapacidad. Entre las vigencias 2010 y 2012 se han reportado 9851 beneficiarios. Los recursos de la vigencia 2013 aún se encuentran en ejecución.

#### **6.4 Población inimputable por trastorno mental**

Durante el año 2010, se asignaron recursos por valor de \$11.938 millones, para garantizar la atención oportuna de aquellas personas que por decisión de las autoridades judiciales son declaradas inimputables y son sujetos de medida de protección y seguridad. Contempla la atención integral por parte de un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermera jefe y auxiliar de enfermería, acompañamiento jurídico y opera en 13 entidades territoriales. Incluye la coordinación, capacitación y articulación de diferentes actores como la Rama Judicial, Fiscalía, Instituto Nacional de Medicina legal, Fuerzas Militares, INPEC, Secretarías de Salud, Alcaldía, Defensoría y Procuraduría; Centros Especializados. De acuerdo con la disponibilidad de cupos en



los Centros, se ubica a los pacientes cerca de su familia, con el fin de fortalecer los vínculos y redes de apoyo familiar.

Fueron atendidos 358 pacientes, en cumplimiento de medida de seguridad consistente en la internación en Centro de Rehabilitación en Salud Mental y se encontraban en turno para ingresar 115 personas. Durante el periodo 2011-2012, se asignaron \$12.176 millones, para atender 355 personas.

Al año 2013 se encontraban 376 pacientes cumpliendo medida de seguridad y a mayo de 2014 se encuentran 382 pacientes cumpliendo dicha medida.

## **6.5 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica**

Respecto de la violencia y la convivencia pacífica, el problema que aqueja gravemente a la sociedad es la violencia de género, incluyendo la violencia sexual, considerada como violación de derechos humanos y una problemática de salud pública, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual desarrollado por el Instituto Nacional de Salud con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, identificó para el año 2012, un total de 63.256 casos de violencia y, para el año 2013 (hasta la semana 44), 35.608 casos. En promedio para los dos años se encuentra que el 75%, de los registros afectaba a mujeres y el restante 25% a hombres. Para el año 2012, del total de casos reportados, el 40% (25.302) equivalen a violencia física, el 26% (16.447) a negligencia y abandono, el 18% (11.386) a violencia psicológica y el 16% (10.121) a violencia sexual. El 59% de todas las violencias se reportan en personas menores de 20 años de edad.

La Línea de Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género ha desarrollado las siguientes estrategias:

**Desarrollos Normativos y de Política Pública:** Se resaltan los siguientes avances:

- Diseño del Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y su herramienta de seguimiento, monitoreo y evaluación.
- Atención a víctimas de violencia sexual: En 2010 se construyó el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y, en 2012, el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. El Modelo y el Protocolo se adoptaron mediante la Resolución 459 de 2012, estableciendo que son de obligatorio cumplimiento para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Criterios de habilitación: En la normatividad reciente de habilitación de los servicios de salud, se han incluido estándares de calidad relacionados con la



certificación del personal de salud en atención integral a víctimas de violencia sexual y los kit post-exposición.

- Reglamentación de las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, como parte integral de la atención en salud de las mujeres víctimas de violencia.
- Reglamentación de la Ley 1639 de 2013, a través de la definición de la ruta intersectorial para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas (Decreto 1033 de 2013) y, la elaboración del *Protocolo de Atención Inicial de Urgencias a Víctimas de Ataques con Ácidos, Álcalis o Sustancias Similares o Corrosivas* (proyecto de resolución).

**Promoción de los DSR y la equidad de género y fortalecimiento de comunidades y organizaciones comunitarias.** Desde el año 2011, se ha capacitado a Organizaciones de Mujeres, Veedurías Ciudadanas y Asociaciones de Usuarias y Usuarios en DSR, como una estrategia para fortalecer el empoderamiento de la sociedad civil en el conocimiento y exigibilidad de sus derechos.

**Mobilización social para la prevención de las violencias de género.** Desde 2010, se han desarrollado estrategias de movilización social para prevenir las violencias de género, como una propuesta para transformar los imaginarios, creencias y prácticas que naturalizan y legitiman las violencias de género.

**Evaluación de la implementación del Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual.** Se cuenta con una evaluación del cumplimiento de la implementación de la Resolución 459 de 2012, en 35 Direcciones Territoriales de Salud, 35 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y 19 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. Estas instituciones han desarrollado planes de mejoramiento.

**Formación del personal de salud en atención a víctimas de violencias de género, en especial de violencias sexuales.** Se han elaborado herramientas pedagógicas virtuales y presenciales, para fortalecer las capacidades del sector salud en el abordaje integral de las violencias de género y la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

**Coordinación intersectorial para la garantía de un abordaje integral de la violencia de género, con énfasis en la violencia sexual.** Se ha liderado la estrategia de “inter-comités”, para abordar las diferentes formas de la violencia sexual de manera integral y articulada a través de tres subcomités: prevención, atención y sistemas de información, donde confluyen las instituciones integrantes de los comités sobre trata de personas (Ley 985 de 2005), explotación sexual de niños, niñas y adolescentes (Ley 1336 de 2009), prevención y atención de la violencia sexual (Ley 1146 de 2007), violencia contra las mujeres (Ley 1257 de 2008) y la prevención del reclutamiento, la utilización y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes por grupos armados



al margen de la ley y por grupos delictivos organizados (Decreto 552 de 2012). En el nivel territorial, se han creado y fortalecido comités departamentales y municipales.

**Sistemas de Información.** Se ha fortalecido el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual, la Línea de Violencias de Género del Observatorio Nacional de Violencias -ONV del Ministerio de Salud y Protección Social y el subcomité intersectorial de sistemas de información de las violencias de género.

**Elaboración y publicación de documentos y materiales pedagógicos.** Se cuenta con los siguientes materiales:

- Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- CD Multimedia del Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- Video “Acto Vital” de sensibilización para funcionarias y funcionarios del sector salud.
- Video, afiche y cartilla del kit post-exposición para profilaxis de ITS/VIH, hepatitis B y anticoncepción de emergencia.
- Cartilla: Nada justifica la violencia contra las mujeres. Trazando una ruta para motivar reflexiones en torno a las violencias basadas en género. 2010.
- Cartilla: Movilización Social para la Prevención de las Violencias de Género y Sexual: Una Experiencia para la Reflexión. 2012.

## 6.6 Mujer y género

Durante el periodo 2010 a 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó las siguientes acciones en el marco del enfoque de género:

**Reglamentación e implementación de las medidas de atención – Ley 1257 de 2008.** En el marco de la Ley 1257 de 2008, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, es responsable de obligaciones entre las que se encuentran las medidas de atención, que incluyen los servicios de habitación, alimentación y transporte o subsidio monetario para cubrir estos mismos costos en lugar diferente al que habita el agresor, en el año 2010, la Corte Constitucional en la Sentencia C-776 de 2010, declaró exequible el artículo 19 (parcial) de la Ley 1257 de 2008.

El Ministerio participó del proceso de expedición de los Decretos: D-4796 de 2011, a través del cual, se reglamentaron los requisitos para el otorgamiento de las medidas de



atención y asignación del subsidio monetario, además de establecer el monto del subsidio monetario, D-1792 de 2012, mediante el cual se garantiza los recursos para la implementación de las citadas medidas, a través de dos subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y D-2734 de 2012, mediante el que se reglamentaron las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia, se determinaron criterios, condiciones y procedimientos para su otorgamiento, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud –EPS, los diferentes actores del SGSSS, así como las autoridades competentes para ordenarlas en el marco de la Ley 1257 de 2008 y los Decretos 4796 y 4799 de 2011.

En el año 2013, el Ministerio de Salud expide la Resolución 1895, mediante la cual se asignaron recursos Direcciones Departamentales y Distritales de Salud por valor de \$10.962 millones, para la financiación de las medidas de atención y los lineamientos técnicos para su implementación. Dado que las medidas de atención deben ser otorgadas por autoridad competente y que en la vigencia 2013, no se informó a las Secretarías de Salud, sobre medida alguna otorgada, los recursos no fueron ejecutados. Para el año 2014, se han realizado ajustes para la operativización de estos recursos y se cuenta con proyecto de resolución para la vigencia por valor de \$12.510.0 millones .

### **Estrategia de transversalización del enfoque de género en el sector salud.**

Durante el cuatrienio 2010 a 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con avances en el proceso de transversalización del enfoque al interior de la institución y la proyección para su implementación en las secretarías departamentales y distritales de salud, así como las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, consistente en un documento base de Lineamientos para la Implementación del Enfoque y el Manual básico para facilitadores y facilitadoras - género y salud. Materiales que han sido revisados con funcionarios de las Secretarías de Salud de los departamentos de Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Meta, Nariño, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca, y ajustados de acuerdo a sus observaciones y a la normatividad vigente; de igual forma se cuenta con la encuesta para el levantamiento de la línea de base que dé cuenta de la percepción que sobre el género existe al interior del Ministerio.

Estas acciones han sido incluidas en el Conpes 161, con insumos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el plan de acción del documento CONPES 161- Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres 2013 a 2016, específicamente en el eje del Plan Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencias y en el Eje de Transformación Cultural y Construcción de Paz.



## 6.7 Persona mayor, vejez y familia

**Política nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias.** En cumplimiento de la Ley 1361 de 2009, en el periodo 2010-2011 se elaboró, conjuntamente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, una propuesta inicial para la formulación del CONPES, a partir del análisis de actores involucrados con quienes, luego de un proceso selectivo, se definió la constitución de la Mesa Nacional de Familia. En esta mesa participa tanto el sector público como el privado y la sociedad civil organizada, la academia, expertos y organismos internacionales. Entre los años 2011-2012, con actores nacionales y territoriales se elaboró la propuesta de política pública nacional para las familias colombianas y entre 2012 y 2013 se formuló la “Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias”, la cual, a través de la realización de talleres regionales se ha difundido en el territorio nacional.

En el mes de mayo de cada año, se han realizado eventos en conmemoración del Día Nacional y Día Internacional de la Familia, organizado conjuntamente con el Departamento Nacional de Planeación, el ICBF, el Ministerio de Educación Nacional, con presentación de la política y el lanzamiento del documento sobre el Ciclo de la Vida. Han participado representantes de diversas comunidades, como familias gitanas, indígenas del Amazonas, los palenques, raizales y la comunidad colombo árabe.

En cumplimiento de la normatividad colombiana y de los lineamientos de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Mesa Técnica Nacional de Familia, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con otros Ministerios y el apoyo técnico del Departamento Nacional de Planeación y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, realizó en mayo de 2014, un Foro Nacional de Familia, a partir del cual se identificaron y discutieron, entre otros aspectos, las diferentes tipologías de familia y el trabajo que el gobierno nacional viene desarrollando en torno a la promoción y la protección de las familias en todo el territorio nacional.

**Envejecimiento humano y vejez.** A partir de 2010, en desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, el Ministerio de Salud y Protección Social viene implementando diferentes acciones públicas como: 1) difusión de la política en los ámbitos nacional e internacional, 2) asistencia técnica a las entidades territoriales y otros actores involucrados para la implementación de esta política nacional a partir de procesos de participación social, 3) aplicación de la metodología de participación social de y para personas adultas mayores, MIPSAM en trece entidades territoriales, 4) definición de lineamientos técnicos para la transferencia de recursos de concurrencia nacional a las entidades territoriales para la atención integral de las personas adultas mayores, mediante el aval, monitoreo y evaluación de proyectos de servicios sociales territoriales dirigidos a la vejez, 5) asesoría y acompañamiento a Departamentos, Distritos y Municipios para la aplicación de la Ley 1276 de 2009, relacionada con la gestión de recursos de la estampilla pro-adulto mayor.



En este proceso han recibido asesoría y asistencia técnica en territorio, entre otros, los Departamentos de Bolívar, Casanare, Huila, Valle, Nariño, Meta, Caquetá, Guajira, Santander, Norte de Santander, Caldas, Quindío, Risaralda, Sucre, Córdoba, Cesar, Boyacá, Chocó, San Andrés, Amazonas, Arauca, Cauca, Vaupés; y también los distritos y municipios de Bogotá, Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Medellín, Sincelejo, Villavicencio, Barrancabermeja, Neiva, Campoalegre, Gigante, Valledupar, Aguachica, Pueblo Bello, Tunja, Duitama, Yopal, Paz de Ariporo, Belén de los Andaquíes y Doncello.

Con el apoyo de la Agencia de Cooperación de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, entre 2010 y 2011, se elaboró y publicó la Directriz de Enfoque Diferencial para el Goce Efectivo de los Derechos de las Personas Mayores en Situación de Desplazamiento Forzado, construida a partir de procesos de participación social de personas adultas mayores en los territorios afectados por el conflicto armado.

Entre los años 2011-2012, en materia de envejecimiento humano y vejez, fueron identificadas 1.700 instituciones que brindan servicios sociales a las personas adultas mayores en 22 entidades territoriales. De manera complementaria se diseñó, co-gestionó y difundió, de manera conjunta con el SENA, el curso de formación para la atención integral de personas adultas mayores en domicilio, el cual se encuentra disponible desde febrero del 2012, para trabajadores vinculados a centros de promoción social de adulto mayor.

También fue elaborado y tramitado, por intermedio de Cancillería, el informe de Colombia tributario del “Examen y evaluación de la declaración de Brasilia sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe”.

Entre 2012-2013, el Ministerio continúa desarrollando y fortaleciendo las acciones de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez y los compromisos internacionales adquiridos por Colombia con la suscripción de Acuerdos tales como el Plan de acción sobre envejecimiento de Madrid 2002, la Declaración de Brasilia, 2007 y la Carta de Puerto Rico, 2012, materializados con la promoción de los derechos de las personas adultas mayores, las acciones de articulación intersectorial e interinstitucional, la participación de diferentes actores tanto del orden nacional como departamental, distrital y municipal, así como en la difusión y puesta en marcha de la política en los territorios. Insumos que han contribuido a la construcción de una propuesta de Convención Americana sobre los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

**Estándares de calidad para servicios socio-sanitarios dirigidos a las personas adultas mayores.** Entre mayo de 2013 y mayo de 2014, se adelanta la definición de estándares socio-sanitarios para centros de protección social de personas adultas mayores, también conocidos como hogares geriátricos o centros de atención para el bienestar de las personas adultas mayores, dirigidos a la construcción de un sistema



obligatorio de garantía de la calidad de este tipo de centros especializados en servicios sociales, para las personas mayores. Lo anterior en el marco del cumplimiento y reglamentación de la Ley 1315 de 2009.

**Participación social.** También durante el periodo mayo de 2013 y mayo 2014, se realizaron, mensualmente, por teleconferencia los “Encuentros Nación –Territorio”, para la difusión, articulación, promoción de la participación y concertación de acciones públicas en desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

## 6.8 Grupos étnicos

Durante los años 2010 y 2011, en el marco del cumplimiento del Plan Andino de Salud Intercultural, se elaboró una base de datos, de los cursos de pregrado y postgrado en salud intercultural, existentes en los países de la región andina y se diseñó una propuesta de módulos para cursos de pregrado y de postgrado en salud intercultural, para la consideración y ajuste por parte de los pueblos indígenas de esta región. Además, se definió una propuesta con los indicadores de salud intercultural para su discusión y validación con los pueblos indígenas de cada uno de los países y su inclusión en los sistemas de salud.

El Ministerio de la Protección Social, participó en las mesas interinstitucionales de gobierno, compuestas por las entidades responsables de cumplir las órdenes de los Autos 004 y 005 de 2009, de la Corte Constitucional y de las demás entidades que forman parte del SNAIPD.

En el marco de las acciones adelantadas por la mesa del Auto 004 de 2009, para el diseño del Programa de Garantías de los Derechos de los Pueblos Indígenas, se participó en la realización de 44 reuniones preparatorias de socialización de este Auto; 27 encuentros departamentales de convalidación del diagnóstico de la situación de la población desplazada; 4 reuniones macro-regionales (occidente, norte, Orinoquía y andina); una mesa regional amazónica ampliada y un encuentro de la Confederación Indígena Tayrona- CIT de la Sierra Nevada, para la definición de los contenidos del programa de garantías de los derechos de los pueblos indígenas que ordena la Corte Constitucional.

En cuanto al diseño de los 34 planes de salvaguarda étnica, para el caso del pueblo Kofan, que habita los departamentos de Putumayo y Nariño, luego de la elaboración del diagnóstico de la situación de la población desplazada, se identificaron las problemáticas y se definieron, de manera consensuada, acciones para incluir en su plan de salvaguarda. Además, se hizo el acercamiento con los pueblos indígenas Koreguaje del Caquetá, Zenú de Antioquia y Emberá Chami del Putumayo, para la



definición del proceso de diseño de su plan de salvaguarda y se instaló el proceso de diseño del plan de salvaguarda del pueblo Guambiano del Cauca.

Con respecto del cumplimiento de las órdenes del Auto 05 de 2009, en el marco de la mesa interinstitucional de Gobierno, se elaboró la propuesta metodológica para la construcción concertada de los planes específicos de protección y atención para las 62 comunidades afrocolombianas priorizadas y se elaboró la propuesta metodológica para la construcción del diagnóstico participativo sobre la situación de desplazamiento en la población afrocolombiana.

En el marco del cumplimiento de las órdenes establecidas en el Auto 382 de 2010 (*Medidas de protección especial para las comunidades indígenas Hitnu, en situación de confinamiento y desplazamiento del departamento de Arauca (comunidades indígenas de Caño Claro - La Esperanza - Iguanitos - Parreros - asentada en Betoyes -municipio de Tame y otros)*), se conformó una mesa de trabajo al interior del Ministerio de la Protección Social, con la participación de ICBF, Acción Social y Superintendencia Nacional de Salud, que se articuló con la Mesa Interinstitucional de gobierno que trabaja el cumplimiento de las órdenes del Auto 004 de 2009; se definieron las prioridades en salud y se elaboró la propuesta de objetivos, principios y contenidos del programa de intervención y atención en salud, nutrición y seguridad alimentaria para su concertación con el nivel territorial y la población indígena Hitnu y Macaguán; se identificó la oferta institucional existente; se elaboraron los diagnósticos de la población Hitnu y Macaguán de los municipios de Arauca, Tame y Puerto Rondón, así como el censo poblacional; se realizó el cruce del censo con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA y con la base de datos del Registro Único de Población Desplazada – RUPD para identificar la población no afiliada.

También se definieron las acciones de emergencia para la atención de urgencia a las comunidades Hitnu y Macaguán focalizadas en el Auto, así como una jornada de atención integral para estas comunidades de los municipios de Tame, Arauca y Puerto Rondón, para la atención oportuna e integral de los principales problemas identificados, que fuera suspendida por la situación de orden público y falta de apoyo económico por parte de la gobernación y alcaldías; el ICBF concertó un proyecto de atención en soberanía alimentaria y fortalecimiento cultural, con las comunidades indígenas de San José de Lipa y La Conquista (Arauca) y creó una nueva unidad móvil para la atención con enfoque diferencial a comunidades indígenas.

Para el periodo 2011-2012, en desarrollo de los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, Ley 1450 de 2011, se crearon los siguientes espacios para la construcción concertada de las políticas públicas en salud con los grupos étnicos:

- Conformación y puesta en marcha de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas, la cual ha sesionado en siete ocasiones. Viene trabajando en: 1) la estructuración del



Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural –SISPI, en los cuatro componentes propuestos por los representantes de los pueblos indígenas (político organizativa; atención intercultural; administración y gestión; formación, educación e investigación); 2) la gestión para garantizar el saneamiento financiero y permanencia de las EPS e IPS indígenas; y 3) la recolección de información para la realización de los estudios que permitan la definición de una UPC diferencial. Se giraron recursos por valor de \$206 millones a los departamentos de Amazonas, Arauca, Boyacá, Caquetá, Casanare, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Vaupés y Valle del Cauca para iniciar la socialización del proceso de estructuración del SISPI a nivel nacional, y se elaboró la propuesta metodológica para el desarrollo de las reuniones locales previstas.

- Se conformó la Mesa Nacional de Protección Social de las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y se realizó la primera reunión.
- Se constituyó y se llevó a cabo una sesión de la Mesa de Salud para el pueblo Rom (gitano).

A través de estos espacios, se gestionó la inclusión de los grupos étnicos en el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública, el cual contendrá un capítulo específico para cada uno de estos grupos.

**Diseño de modelos de salud intercultural y en zonas fronterizas.** Han sido apoyados técnica y financieramente proyectos para el diseño de modelos de salud con 17 pueblos indígenas de 7 departamentos, avanzando en la caracterización de salud de comunidades indígenas, en procesos de fortalecimiento de la medicina tradicional, identificación y priorización de acciones de salud con miras a la adecuación de los programas de salud existentes. Para ello, fueron destinados recursos por valor de \$400 millones y se están beneficiando cerca de 265.000 indígenas.

**Cumplimiento Auto 004 de 2009, Corte Constitucional.** Se dio continuidad al proceso de concertación de acciones de salud y protección social del Programa de Garantías de los Derechos de los Pueblos Indígenas. Se giraron \$490 millones, a las entidades territoriales para continuar con la definición de acciones de los planes de salvaguarda étnica de los pueblos indígenas priorizados en el Auto 004 de 2009 de la Corte Constitucional, de 9 departamentos y para dar cumplimiento a las acciones definidas en el Programa de intervención y atención en salud, nutrición y seguridad alimentaria para atender al pueblo Hitnu o Macaguán del Auto 382 de 2010, de la Corte Constitucional y a los compromisos adquiridos en el marco del Plan provisional urgente de reacción y contingencia para el pueblo indígena Awa de Nariño y Putumayo elaborado en el marco del Auto 174 de 2011, de la Corte Constitucional.

**Reglamentación artículo 205 de la Ley 1448 de 2011.** El Ministerio participó en el proceso de concertación de las acciones de salud y protección social fijadas por el Decreto Ley 4633 de 2011, sobre atención, asistencia y reparación a víctimas del



conflicto armado de los pueblos indígenas. Respecto al periodo 2012-2013, como avance en la ejecución de compromisos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, se han adelantado las siguientes actividades:

**Pueblos indígenas.** Realización de cuatro reuniones de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas (septiembre 2012, febrero, abril y junio 2013), donde se analizaron y trabajaron temas relacionados con:

- Proceso de estructuración del SISPI.
- Revisión y ajustes del decreto para la formalización de la Subcomisión de Salud.
- Gestión para el saneamiento financiero de las EPS indígenas acordando visitas de asistencia técnica para conocer los estados financieros y contables y elaboración de diagnóstico y estado financiero de las EPSI.
- Gestión para la revisión y definición de la UPC diferencial de los pueblos indígenas
- Elaboración de la metodología para la construcción del capítulo indígena del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, y validación con el CRIC del Cauca.

**Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales.** Presentación y validación en la Mesa Nacional de Protección Social de comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, de los lineamientos técnicos y metodológicos para la formulación del capítulo de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021.

**Pueblo Rom (gitano).** Presentación y aprobación de la ruta metodológica para la concertación del capítulo Rom, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, y definición del cronograma para la recolección de los insumos en cada una de las kumpaniyi.

**Modelos de salud propios e interculturales.** En cumplimiento de los mandatos de la Organización Internacional del Trabajo y de los compromisos adquiridos con los pueblos indígenas, se continuó con el apoyo al diseño de modelos de salud propios e interculturales, a través de la suscripción de convenios interadministrativos y de asociación directamente con sus autoridades tradicionales, cabildos, organizaciones, EPS e IPS indígenas y giros de recursos a las 32 entidades territoriales. Para ello se destinaron recursos por un monto de \$ 1.020.0millones.

El diseño de los modelos se viene trabajando con los siguientes pueblos indígenas:

- Embera Chamí del municipio de Riosucio en Caldas;
- Awá de los municipios de Ricaurte, Tumaco, Samaniego y Barbacoas de Nariño, y Orito, San Miguel, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Valle del Guamuez y Mocoa del Putumayo;



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

- Kogi, Wiwa, Arhuaco y Kankuamo de la Sierra Nevada de Santa Marta;
- Pijao de los municipios de Coyaima, Ortega, Chaparral, San Antonio, Natagaima, Purificación, Saldaña, Guamo, Prado, Espinal y Coello del Tolima;
- Wayuu del municipio de Maicao, Guajira;
- Uitoto, Ticuna, Cocama, Yagua Bora, Ocaina y Muinane, del corregimiento de la Chorrera, Amazonas;
- Misak (Guambiano) del resguardo de Guambía y municipios de Silvia, en Cauca; La Argentina, la Plata y Belén en Huila; Florencia en Caquetá; Cali y Dagua en Valle del Cauca y Villavicencio en Meta;
- Pastos de los municipios de Cumbal, Guachucal, Ipiales, Túquerres, Santa Cruz, Aldana, Pupiales, Potosí, Contadero, Cuaspud Carlosama, Guachavés, Mallama, Córdoba, Funes, Sapuyes, Guatarilla, Imues, Ospina y Puerres en Nariño;
- Nasa del Cauca;
- Hitnu y Macaguán de Arauca;
- Jiw de Meta y Guaviare; y
- Nukak del Guaviare.

**Personas y grupos étnicos víctimas.** Para dar cumplimiento a lo acordado en los Decretos con fuerza de Ley Nos. 4633, 4634 y 4635 de 2011, para víctimas de pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rom (gitano) y Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, respectivamente, se adelantaron las siguientes acciones:

- Elaboración y presentación a la Subcomisión de Salud como a la Mesa Permanente de Concertación, del documento preliminar de Ruta de Atención Integral en salud para víctimas de pueblos y comunidades indígenas.
- Proceso de construcción conjunta de los componentes de rehabilitación psicológica, social y cultural de la Ruta de Atención Integral en Salud, de las víctimas del conflicto armado, con los representantes del pueblo Embera Dóbida, municipio de Bojayá, Chocó.
- Proceso de construcción conjunta de los componentes de rehabilitación psicológica, social y cultural del Módulo Étnico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para víctimas del conflicto armado, pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, con los representantes del municipio de Bojayá, Chocó.
- Presentación en la Mesa Nacional de Diálogo del pueblo Rom, de la metodología para la recolección de insumos para la construcción del Módulo Étnico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para víctimas del conflicto armado pertenecientes al pueblo Rom.

**Formación intercultural.** En el marco de lo acordado en el Programa de Garantías de los derechos de los pueblos indígenas (Auto 004 de 2009) y el Auto 174 de 2011, se



adelantó el diseño del Módulo de formación "Prestación de servicios de salud con pertinencia étnica", dirigido a servidores públicos del sector.

El Ministerio también participó, de manera conjunta con los pueblos indígenas, las secretarías de salud y la Dirección de Talento Humano en Salud del Ministerio y el SENA nacional, en el diseño de proyectos de formación específica para que los promotores de salud indígena homologuen su título a Auxiliares de Salud Pública, y de manera conjunta con el ICBF y el SENA en el diseño del curso de formación complementaria denominado: Gestión familiar y comunitaria para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en pueblos indígenas.

## **6.9 Estrategia de Superación de la Pobreza Extrema (Red Unidos)**

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha llevado a cabo un trabajo continuo con la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), para la implementación de la estrategia Red Unidos (anteriormente Red Unidos era implementada por Acción Social), junto con las Instituciones del nivel nacional, con competencia en atención a población con discapacidad y nutrición, lo que ha permitido obtener avances en la mayoría de las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, así como en otros indicadores que utiliza la Red Unidos en las dimensiones de salud y nutrición.

Entre los principales avances se destacan: i) se ha alcanzado una cobertura de afiliación de la población Unidos, al Sistema General de Seguridad Social en Salud, del 98,2%<sup>41</sup>, ii) en el cuatrenio, se avanzó en 38 puntos porcentuales, en el indicador del esquema de vacunación para los menores de seis años al pasar de una cobertura de 47,5% en el 2010, a 85,02%<sup>42</sup>, iii) ha mejorado la identificación de la población Unidos con discapacidad, en el Registro de localización y caracterización de discapacidad – RLCPD, al pasar de 118.268 personas Unidos registradas en el año 2013 a 152.065 personas en el 2014, iv) se consiguió la reformulación de los Logros Unidos de nutrición de forma que permitan identificar riesgo de muerte por desnutrición aguda en los menores de 5 años y familias con inseguridad alimentaria (actualmente se está llevando a cabo el pilotaje en el Departamento de Magdalena). Adicionalmente, se han capacitado a los equipos territoriales de Unidos en diferentes temáticas relacionadas con salud y nutrición de forma que los cogestores sociales de la Red Unidos puedan orientar más eficazmente a las familias en extrema pobreza que acompañan. De otra parte, el Ministerio continúa adelantado acciones para articular y asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información con la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema.

<sup>41</sup> Reporte SIUNIDOS mayo 2014

<sup>42</sup> Reporte SIUNIDOS mayo 2014



## 7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD

### 7.1 Vigilancia en Salud Pública . Ministerio de Salud y Protección Social .

El Decreto 3518 de 2006 reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en su artículo 7 estableció como funciones para el Ministerio, teniendo, entre otras, las de: *“Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Reglamentar todos los aspectos concernientes a la definición, organización y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional y Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.”*

Así mismo, el Decreto 4107 de 2011, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, estableció, entre otras, como funciones de la Dirección de Epidemiología y Demografía, las de *Dirigir el desarrollo de las actividades a cargo del Ministerio, en el sistema de vigilancia en salud pública, en los componentes epidemiológico, demográfico y de servicios de salud, y Coordinar la vigilancia sanitaria, alertas y respuestas ante eventos o riesgos, y comunicarlo a las autoridades competentes.*

La Resolución 1841 de 2013, con la cual adopta el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), presenta los retos que el país debe alcanzar en materia de salud pública, dentro de la dimensión transversal denominada *Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión*, se encuentran dos estrategias para el fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria, así: *proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia, y plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria.*

En lo que corresponde al proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia, la Dirección de Epidemiología y Demografía, ha dado inicio al Plan que integra esfuerzos de los actores responsables de su implementación y que contempla entre otros objetivos: definir y estructurar los componentes de la vigilancia en salud pública y de la Vigilancia Sanitaria; definir y desarrollar las Estrategias del Sistema de Vigilancia y su respectivos procesos de gestión; revisar y construir dentro de cada componente de vigilancia, los instrumentos y medios requeridos para su



operación; desarrollar las propuestas normativas y reglamentarias necesarias para la implementación de las líneas de vigilancia establecidas; entre otros relacionados con la operación y gestión del sistema.

Entre los avances específicos del Plan que se han venido alcanzando se destacan los siguientes:

- Se definieron y estructuraron los componentes de la vigilancia en salud pública (Epidemiológico, Servicios de Salud, Demográfico) y de la Vigilancia Sanitaria (Alimentos y bebidas, Tecnologías en salud y Ambiente).
- Se incorporaron otras estrategias modernas de vigilancia, además de la tradicional notificación de casos, como vigilancia comunitaria, vigilancia por búsqueda secundaria, vigilancia por estudios poblacionales y laboratorio, y vigilancia especial de gestión de los servicios de salud, la cual inicio con el piloto de seguimiento caso a caso de niños con leucemia.
- Se actualizó el conjunto de eventos que son objeto de vigilancia en el país, incluyendo crónicos y de causa externa, actualmente entre los eventos incluidos se encuentran eventos: inmunoprevenibles, materno perinatales, emergentes, reemergentes y olvidadas, de transmisión aérea y contacto directo, de transmisión sexual y sanguínea, transmitidos por vectores y zoonosis, transmitidos por alimentos, suelo y agua, cardiovasculares, intoxicaciones, de salud mental, entre otros.
- Se revisaron y actualizaron un total de 60 de protocolos de eventos antiguos y se presentó la propuesta para la construcción de 25 de protocolos nuevos.
- Se desarrolló la guía de protocolos para la evaluación y actualización de los protocolos de vigilancia en salud pública del país, la cual se constituye el norte para la construcción homogénea de los protocolos de vigilancia en adelante en el país.
- En lo relacionado con la reglamentación para el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se elaboraron y expidieron las siguientes normas: a) Circular Conjunta Externa N° 043 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, con los lineamientos para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de la pólvora en la temporada de fin de año 2013 y año nuevo 2014; b) Resolución 1229 de 2013, mediante la cual se creó el modelo de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario para los productos de uso y consumo humano; c) Resolución 1294 de 2013, mediante la cual se crean, organizan y conforman tres Grupos Internos de Trabajo en la Dirección de Epidemiología y Demografía



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

del Ministerio de Salud y Protección Social, entre los cuales se encuentra el Grupo de Vigilancia en Salud Pública; d) Resolución 4913 de 2013, mediante la cual efectúa una asignación del presupuesto de gastos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia fiscal 2013, para el fortalecimiento de la calidad y el reforzamiento de la capacidad técnica y operativa de los laboratorios de salud pública; e) Circular Externa N° 020 de 2013, del Ministerio de Salud, acerca de los lineamientos el fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia y control en salud pública de la infección respiratoria aguda; f) Circular Externa Conjunta N° 04 de 2014, acerca de las instrucciones para adelantar la visita única oficial de arribo para el otorgamiento de la Libre Plática, en naves de carta de tráfico internacional que arriben consecutivamente a dos o más puertos internacionales; g) Circular Externa Conjunta N° 30 de 2014, acciones de vigilancia, prevención y control en salud pública de las encefalitis equinas ante la presencia de Encefalitis Equina Venezolana (EEV); h) Circular Externa N° 28 de 2014, alerta por situación de cólera en las Américas y fortalecimiento de la ejecución del plan de contingencia del sector salud para la prevención y control del cólera en Colombia; i) Circular N° 11 de 2013, lineamientos en salud para la preparación y realización del evento deportivo “Juegos Mundiales - Cali 2013”; j) Circular Externa Conjunta 4 de 2014, instrucciones para detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la Fiebre Chikunguya en Colombia.

En lo que concierne al plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria, los principales logros son:

- Se ha alcanzado un grado de avance en las capacidades para la vigilancia, por lo que Colombia es uno de los países latinoamericanos que no solicitaron plazo a la OMS, para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional RSI.
- Se ha realizado un proceso de seguimiento y evaluación de capacidades básicas de vigilancia y respuesta en salud pública y la posterior elaboración de planes de acción, como resultados del mismo se cuenta con planes de acción de 32 departamentos y 5 distritos de país, de los 32 laboratorios departamentales y uno distrital de salud pública, y tres planes de acción de tres puntos de entrada.
- Se ha consolidado el comité estratégico, como un escenario en el cual se realiza gestión intersectorial de respuesta ante situaciones de alerta en salud pública, este Comité es liderado por el Grupo de Vigilancia en Salud Pública.

Respecto al seguimiento y evaluación de la gestión para el fortalecimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, CNE y Sanidad Portuaria, se realizaron cambios estructurales en el proceso de difusión de la información, con lo cual se logró un mayor impacto y cobertura a todo nivel de la labor realizada por el



CNE; de igual manera se evidencia un mayor aumento en el volumen de información reportada de manera activa y directa por las entidades territoriales de salud y de aquella información captada mediante la estrategia de monitoreo de medios implementada desde el primer trimestre en el CNE.

Actualmente, el Centro Nacional de Enlace – CNE, opera 7 días a la semana, 24 horas al día, como enlace central para el intercambio rápido de información, para la respuesta a las emergencias de salud pública, en conjunto con las 36 Direcciones Territoriales de Salud (32 departamentos y 4 distritos), otras entidades del sector salud y de otros sectores como Ministerio de Ambiente, Agricultura, de Transporte, autoridades migratorias y de aeronáutica civil.

Se realizaron asistencias técnicas al nivel subnacional, dirigidas a personas encargadas de emitir certificados en 10 direcciones territoriales de salud que tienen puntos de entrada marítimos y se encuentran autorizado para expedir los certificados sanitarios contemplado en el RSI 2005. También se realizó el seguimiento al plan de acción y actualización de las capacidades básicas del aeropuerto El Dorado, la Sociedad Portuaria de Buenaventura y otros cuatro puntos de entrada.

Se ha realizado un reordenamiento de la Red Nacional de Intercomunicación para la Vigilancia en Salud Pública. La red en la actualidad se encuentra conformada por los siguientes recursos tecnológicos e informáticos, distribuidos de la siguiente manera: a) equipos de telefonía móvil: 185 equipos Smartphone, distribuidos en todo el territorio nacional, los cuales cuentan con plan de voz y datos, cuyo servicio es brindado mediante los 3 operadores de telefonía móvil de mayor cobertura en el territorio Colombia; b) equipos de cómputo: los equipos de cómputo asignados en cada una de las 36 Entidades Territoriales de Salud, corresponden a 3 computadores portátiles; dando un total de 108 Computadores portátiles en todo el territorio nacional; c) módems internet móvil: los módems USB de internet móvil asignados en cada una de las 36 Entidades Territoriales de Salud, corresponden a 2 módems; lo cual da un total de 72 módems distribuidos a nivel nacional.

Se inició la construcción de una iniciativa consistente en emplear dispositivos móviles para el reporte de eventos de interés en salud pública por parte de la comunidad (mHealth), con apoyo del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones – TIC. A través de esta estrategia se pretende empoderar a la comunidad orientándoles en la identificación y notificación de situaciones que presenten un impacto grave para la salud pública de la población.

Como estrategia de direccionamiento en su calidad de rector, el Ministerio ha venido trabajando en el fortalecimiento de la gestión territorial en inspección, vigilancia y control de los productos farmacéuticos y de uso doméstico, destinados a las entidades territoriales, destacándose:



- Elaboración y difusión del Curso virtual diseñado conjuntamente con el SENA, sobre inspección, vigilancia y control de productos farmacéuticos (cosméticos, dispositivos médicos, medicamentos de venta libre, productos de uso doméstico).
- Se elabora de la primera parte de una guía técnica, para la evaluación de la tecnología de los equipos biomédico clase IA, que se pueden utilizar en ejercicio de la cosmetología.
- Elaboración de la segunda parte de una guía técnica, para la evaluación de la tecnología de de los equipos biomédico clase IA, que se pueden utilizar en ejercicio de la cosmetología.
- Elaboración de la Resolución 3772 de 2013, mediante la cual se reguló el ingreso al país de las muestras sin valor comercial de cosméticos, productos de aseo, alimentos y licores.

## 7.2 Acciones Instituto Nacional de Salud

### **Vigilancia por laboratorio de resistencia antimicrobiana comunitaria y de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (2010-2014)**

La vigilancia por laboratorio de la resistencia antimicrobiana busca conocer los perfiles de resistencia antimicrobiana de los agentes bacterianos recibidos mediante los siguientes programas: Neumonías y meningitis bacterianas, Infecciones de transmisión sexual (ITS) y Enfermedad diarreica aguda y transmitidas por alimentos.

La *Neisseria gonorrhoeae*, continúa siendo un problema de salud pública, asociado con infecciones de transmisión sexual y que afecta a millones de personas en el mundo. En los últimos años, la situación es alarmante debido a la dispersión de aislamientos multiresistentes a penicilina (alcanzó para el 2014 el 50% de resistencia), tetraciclina, fluoroquinolonas (Ciprofloxacina supero el 30% de resistencia para el 2014) y cefalosporinas, que comprometen el tratamiento efectivo de la enfermedad.

### **Vigilancia por laboratorio infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)**

Desde el INS, se ha impulsado la formación de la red de vigilancia nacional de resistencia bacteriana, liderada por los Grupos de Microbiología e IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud), dándose inicio con la capacitación en el software WHONET y en la detección de los principales mecanismos de resistencia bacteriana, a los Laboratorios de Salud Pública Departamentales, con su respectiva red de laboratorios públicos y privados; priorizando los departamentos con alto número de IPS de alta complejidad, los cuales cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

- 50% de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos – ETA, con identificación del agente causal a 2014 (Meta del Plan Indicativo del Sector de la Protección Social 2010 – 2014).
- Las ETA, afectan principalmente a la población pobre, niños, mujeres embarazadas y ancianos. La aparición de brotes de ETA, podría perjudicar tanto al comercio como al turismo.
- El porcentaje de ETA, con identificación del agente causal, alcanzó un 59,5% en 2013, lo que evidencia un incremento, con relación al año 2012, donde se alcanzó un 42,5%. El acumulado en el primer trimestre 2014, es del 7%.
- Con el fin de contribuir al fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia y control de eventos de interés en salud pública, se realizan asistencias técnicas a las 36 entidades territoriales, en 2013, se realizaron 638, en el 2012, 464 y en el 2011, 573. En la vigencia 2014, se han realizado 148 asistencias técnicas.
- Entre los años 2013 y 2014, se ha venido adelantando la revisión general de todos los protocolos de eventos de interés en salud pública vigilados, a la fecha se encuentran publicados y actualizados a versión 2014, 46 protocolos.

## Enfermedades transmisibles

- En la vigilancia y control de las enfermedades inmunoprevenibles, gracias al desarrollo del programa de vacunación en Colombia, se cumple con la meta de la erradicación de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis, la eliminación del tétanos neonatal, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y el control de la difteria y la tos ferina.
- Las acciones del sector salud frente al riesgo de introducción de cólera se encaminan a la detección temprana de riesgos y alertas tempranas, seguimiento a brotes e intervenciones multidisciplinarias, principalmente donde es inadecuado o inexistente el tratamiento de agua y el manejo de aguas residuales. Se realizó a nivel país el curso virtual para la prevención y manejo de accidentes causados por animales venenosos, el cual ha sido el de mayor inscripción (5.438 inscritos), y certificación (2.738 certificados) en el aula virtual de la plataforma web del Instituto Nacional de Salud.
- Se propuso una estrategia de vigilancia intensificada de leptospirosis en el departamento de Bolívar, que involucra el componente clínico, epidemiológico y de laboratorio, con el propósito de mejorar la calidad y oportunidad de los procesos de vigilancia de esta zoonosis, se seleccionaron los municipios de Santa Rosa del Sur, Magangué, Zambrano y Santa Catalina.
- Se llevó a cabo el seguimiento al tamizaje de Chagas en la Sierra Nevada de Santa Marta, que tenía por objeto “Determinar la prevalencia de casos de Chagas en comunidades indígenas”.
- Se participó en la actividad de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intradomiciliar de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, en distintos



municipios de los Departamentos de Arauca, Casanare, Boyacá y Santander, realizada por una comisión internacional en Colombia.

- Se llevó a cabo búsqueda activa comunitaria de formas activas de tracoma (Triquiasis tracomatosa y opacidad corneal), en comunidades indígenas del municipio de Puerto Nariño y corregimiento de La Pedrera; al igual que en barrios del municipio de Leticia en Amazonas y de Mitú en Vaupés.
- Para el fortalecimiento de la vigilancia de VIH/SIDA, se vienen implementando diferentes estrategias, entre las que se cuentan los indicadores de alerta temprana para la farmacorresistencia y la metodología de la triangulación para el análisis de la información.
- Se desarrollan trabajos de análisis de las 12.500 muertes, en los eventos prioritarios registrados por el Sivigila en 2012 y en 2013. A la fecha, se consolidan informes de 2012 y se está finalizando la recolección de datos 2013, este trabajo permitirá contar con análisis estandarizados de mortalidad por eventos priorizados.

### **Enfermedades No Transmisibles**

- Vigilancia del bajo peso al nacer a término: dentro de los factores que se asocian al bajo peso se encontró que el control prenatal y los procesos de demanda inducida son los más críticos, el 32,7% de las madres asistió a menos de 5 controles prenatales y el 5,4% adicional, no asistió nunca a ellos, sumado a lo anterior el 13% de las madres no consumió la suplementación. En cuanto a los riesgos médicos presentados durante el embarazo, se mantienen 3 causas que son intervenibles o de control con una gran proporción dentro de la notificación: la infección de vías urinarias, hipertensión y anemia, que pueden ser detectadas en citas de control médico o prenatal y pueden tener un seguimiento para disminuir el riesgo de complicaciones, así mismo, el periodo intergenésico también presenta un porcentaje importante que debe tenerse en cuenta en los programas de promoción y prevención.
- La vigilancia de la mortalidad por y asociada a desnutrición en su primer año de implementación registra un total de 244 casos notificados. De acuerdo con los análisis realizados por los equipos de vigilancia de las entidades territoriales, el 26,6% corresponden a muertes, en la que la desnutrición se constituye en la causa fundamental o básica, como proceso patológico que conduce a la muerte. El mayor número de casos se presentaron en el departamento de La Guajira (18,5%), seguidos de Bolívar (9,2%), Magdalena (9,2%), Antioquia (7,7%) y Valle (7,7%).
- Se inició el proceso de implementación de la vigilancia nutricional centinela de la gestante, que para la primera fase incluyó 15 UPGD, distribuidas en los departamentos de Huila, Arauca, Cundinamarca, Bolívar y San Andrés, por medio de la vigilancia, se identificó que las madres entre 20 y 34 años representan el 63% de la población, seguido de las madres adolescentes



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

quienes representan el 29% y las madres de 35 y más años representan el 7,4% de la notificación.

- En la vigilancia de la mortalidad perinatal, la tasa global de muerte perinatal y neonatal tardía, para el año 2013, se estima en 12,5 casos de muerte por cada 1.000 nacidos vivos, siendo la salud materna el principal problema que más aporta a éstas muertes, muertes que según los estudios y observaciones se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer, como; desnutrición, obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas, que generan un ambiente intrauterino subóptimo que limita el desarrollo fetal. Estas causas son potencializadas por condiciones socioculturales como la pobreza, el bajo nivel socioeconómico y la desigualdad de género.
- Como estrategia para identificación oportuna de gestantes en alto riesgo de muerte, para activar un sistema de respuesta adecuado y oportuno que evite su progresión al deceso, se definió implementar la estrategia de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema.
- A través de la vigilancia de los eventos de maternidad segura, se han hecho importantes avances tales como el fortalecimiento en la calidad y oportunidad del dato, inclusión de nuevas UPGD, que notificaron casos de mortalidad materna extrema, se realizó el aporte de información para las actividades de inspección, vigilancia y control en política de salud sexual y reproductiva, se realizaron asistencias conjuntas con la Superintendencia Nacional de Salud, para la activación de redes de controladores. Se convocó, por parte del INS, a una primera reunión de expertos para revisión y actualización de los criterios de inclusión de los casos de morbilidad materna extrema y recoger experiencias en torno a la vigilancia del evento.

## Factores de riesgo ambiental

- Se realizó el estudio piloto para la vigilancia epidemiológica y la evaluación del impacto en salud, por exposición ocupacional y ambiental a mercurio en la extracción de oro, en la zona de la Mojana - Colombia.
- Participación en la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (CONASA), en lo relacionado a la política nacional del CONPES 3550 de 2008 - Lineamientos para la formulación de la política integral de Salud Ambiental con énfasis en los componentes de la calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
- Participación en el convenio de Rotterdam, sobre el procedimiento de consentimiento fundamentado, aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional; realizado con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)
- Participación en la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica; en lo relacionado al sistema de Vigilancia en Salud Ambiental en la Región



amazónica, que tiene como fin adoptar un marco operativo e instrumental para la institucionalización del sistema de Vigilancia de salud ambiental Amazónico, que permita a los reguladores tomar medidas para conocer la determinación de los factores de riesgo y acciones dirigidas a su vigilancia, con miras a facilitar la prevención, protección, adaptación y mitigación frente a la alteración, contaminación y daños ambientales, que afectan la salud humana. Temas priorizados: Mercurio, aire, plaguicidas, Saneamiento, agua, enfermedades por vectores, desastres naturales.

- Mediante el Decreto 4109 de 2011, al INS le fue transferida la función para la emisión de conceptos sobre clasificación toxicológica y evaluación del riesgo de toxicidad de plaguicidas, función que fue asumida a partir del 9 de diciembre de 2013, con la expedición de la Circular Externa del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS No. 000049 de 2013. Sin embargo, el alcance de la función fue definido por el MSPS, como ente rector normativo del sector salud, a través de su Oficina Asesora Jurídica, mediante memorando del 10 de febrero de 2014, el cual fue radicado en el INS el 5 de marzo de 2014, aclarando que además de la emisión de los conceptos toxicológicos de plaguicidas y los actos administrativos que los modifican, será función del INS, la emisión de los dictámenes técnicos toxicológicos –DTT- de los plaguicidas químicos de uso agrícola y los actos administrativos de modificación de los mismos. Es así que a la fecha, el equipo técnico de conceptos toxicológicos de plaguicidas, del grupo factores de riesgo ambiental, ha recibido 172 solicitudes, radicadas en el INS, de las cuales se ha dado respuesta a 133; por otra parte, de las solicitudes que fueron radicadas en el MSPS y que fueron trasladadas en el mes de diciembre de 2013 y abril de 2014 (502 en total), el equipo ha dado respuesta a 285. Del total de solicitudes radicadas en el INS y MSPS, se han cerrado 146 trámites, los cuales corresponden a la emisión de conceptos toxicológicos, dictámenes técnicos toxicológicos o las modificaciones a los mismos.

### **Análisis del riesgo y respuesta inmediata**

- Del total de alertas y brotes informados al INS, 12 fueron atendidos como apoyo en investigación epidemiológica de campo a las entidades territoriales por parte del Instituto aumentando el apoyo a los departamentos para el 2013, igual al año anterior donde también se apoyaron 12 situaciones; en el apoyo se caracterizaron las situaciones y se ha realizado seguimiento y evaluación periódica de acuerdo a los eventos identificados y al reglamento sanitario internacional 2005.
- Se logró consolidar la información relacionada con funciones esenciales en salud pública para emergencias y desastres en las 36 entidades territoriales, con el fin de establecer el panorama nacional para generar el plan nacional de gestión del riesgo en salud pública.
- En cuanto a evaluación de riesgo para la inocuidad de alimentos, se elaboraron tres (3) documentos de evaluación y perfiles de riesgo, enfocados a



- problemáticas nacionales relacionadas con peligros biológicos y químicos y evaluación de la exposición.
- Fortalecimiento del talento humano nacional en Vigilancia en Salud Pública, mediante el proceso de evaluación y certificación de competencias, logrando una certificación de 248 personas que realizan acciones de vigilancia en salud pública a nivel nacional, de 364 que se presentaron. Se logró el empoderamiento de las entidades territoriales para utilizar la plataforma Moodle, para la formación del recurso humano en temas de salud pública, lo que permitió generar espacios de interactividad y aprendizaje. Los cursos semipresenciales permiten utilizar las tecnologías de información y comunicación enfocadas en áreas de salud y por otro lado, realizar acciones presenciales que fomentan las actividades prácticas y el aprendizaje colaborativo, donde se destaca el curso de Métodos básicos en epidemiología y vigilancia en salud pública, que en 2012 capacitó a 376 personas y 250 en 2013.
  - Se certificaron 10 profesionales como Epidemiólogos de Campo FETP en 2013, que se vinculan a la fuerza de apoyo a la investigación de campo en epidemiología y salud pública, comparado con 7 certificados en 2012.

En el cuatrienio 2010-2014, se produjeron 33.489 viales de Suero Antiofídico Polivalente, requerido en la atención de accidentes ofídicos Producción de 109.007 animales de laboratorio, criados bajo condiciones macro ambientales controladas y un programa de monitoreo sanitario, que busca garantizar la obtención de resultados reproducibles confiables y seguros en la investigación biomédica, el diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública y la realización de pruebas de control biológico.

Se produjo 15.609 litros, de medios de cultivo, agua y soluciones requeridos para el aislamiento e identificación de microorganismos en el diagnóstico microbiológico.

**Tabla 82. Indicadores SPI del Proyecto de Administración, Producción y Control de la Calidad de Biológicos y Químicos y Animales de Laboratorio 2010 - mayo 2014**

Nombre del proyecto	Producto	2010	2011	2012	2013	2014 (MAYO)	Total periodo
Administración, producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio	Animales de laboratorio	25.893	28.884	22.556	19.641	12.033	<b>109.007</b>
	Medios de cultivo (litros)	3.145	3.578	3.442,09	3.763,30	1.680,53	<b>15.609</b>
	Viales de suero antiofídico polivalente	5.532	9.160	11.510	7.287	0	<b>33.489</b>

Fuente: INS Nota: La producción de Suero Antiofídico Polivalente en la vigencia 2013 ascendió a 11.053 viales, de los cuales fueron liberados por parte del INVIMA 7.287 viales pertenecientes a los lotes 13SAP01 y 13SAP02-A.



### 7.3 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud

#### Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud

Mediante el Decreto 2462 de noviembre 7 de 2013 “*Por medio de la cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud*” se crea la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos, por esta razón la información relacionada a los años 2010 al 2013, hace relación a gestión de la anterior Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud.

Durante el período en referencia se cumplió con funciones de inspección, vigilancia y control sobre el flujo de los recursos, en lo relacionado con las entidades que adelantan la generación, administración, recaudo y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se precisa que para el periodo 2014, la información con corte al mes de marzo fue recibida en el mes de abril y se encuentra en trámite de evaluación y análisis.

Las actuaciones administrativas realizadas por la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de Recursos Económicos para la Salud, en la vigencia 2010 a 2013 y, la Delegada de Supervisión de Riesgos a mayo de 2014, son las siguientes:

**Tabla 83. Actuaciones Administrativas 2010-2014.**

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014
Derechos De Petición	1.107	1.333	9.191	9.821	4
Auditorias Integrales / Visitas	510	125	14	89	
Auditorias Forenses	0	0	4	14	
Informes	0	0	263	36	4
Órdenes de Restitución				135	
Requerimientos	0	0	276	5.586	114
Recursos Reposición	0	39	84	100	
Resoluciones	1.170	2	1.294	817	
Autos	714	186	511	338	
<b>TOTAL</b>	<b>3.501</b>	<b>1.685</b>	<b>11.637</b>	<b>16.936</b>	<b>122</b>

Fuente. Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos.

#### Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios.

En cumplimiento de las funciones otorgadas en el artículo 16 del Decreto 1018 de 2007 y posteriormente en el artículo 21 del Decreto 2462 de 2013, la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional (antes Superintendencia Delegada para Atención en Salud), en la vigencia 2010 - 2014, adelantó un total de 450 visitas de inspección, distribuidas de la siguiente forma: 137 visitas en el 2010, 175 en el 2011, 25 en el 2012, 37 en el 2013 y 76 en el año 2014.



Por contratación externa se realizó un total de 1.058 auditorías, a entidades vigiladas, 20 visitas y un taller de inspección, vigilancia y control a las Direcciones Territoriales, como se aprecia a continuación.

**Tabla 84. Auditorías Realizadas Mediante Contratación Externa 2010-2014**

AÑO	CANTIDAD ENTIDADES	AÑO	CANTIDAD ENTIDADES
2010	320 IPS	2013	18 DTS
	290 ET		32 IPS
	20 visitas		3 Exceptuados Y Especiales
	139 Auditorias Referencial		6 EMP y SAP
2011	34 DTS	2014	6 EPS Contributivo y Adaptadas
	20 EAPB		12 EPS Subsidiado
	2 Adaptadas		46 DTS
2012	2 Exceptuadas	3 EPS - RC	
	44 DTS	4 EPS - RS	
	18 EPS	6 EAPB	
	10 ARL	3 Adaptadas	
	20 IPS	20 IPS	
	Taller de IVC a DTS		

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Dentro de los trámites realizados por la delegada se encuentran las habilitaciones y/o autorizaciones de funcionamiento de Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB, revocatoria de habilitación por incumplimiento, aprobación de solicitudes de modificación a la capacidad de afiliación geográfica y poblacional de EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado, solicitudes de escisión de empresas, retiro voluntario de la operación del régimen subsidiado, suspensión de práctica no autorizada, peticiones, quejas y reclamos y seguimiento a los componentes de inspección, vigilancia y control.

En lo concerniente a los trámites de habilitaciones y/o autorizaciones de funcionamiento de Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB, se realizaron las siguientes acciones:

**2010.** Se presentaron siete solicitudes de las entidades, de las cuales se habilitó la entidad Capital Salud EPS-S S.A.S con la Resolución 1228 del 22 de julio de 2010.

**2011.** Se emitió Resolución 3869 del 21 de diciembre de 2011, de Habilidad para operar y administrar los recursos del Régimen Subsidiado en Salud a Capital Salud EPSS-SAS. La misma Resolución ordena la respectiva revocatoria de la habilitación para administrar el Régimen Subsidiado a Salud Total EPS SAS. Se realizó la evaluación de 16 solicitudes, relacionadas con autorizaciones de Planes Voluntarios de Salud y/o modificaciones a los mismos, de los cuales se aprobaron dos (2) planes.

**2012.** Se presentaron seis de aprobación de planes voluntarios de salud.



**2013.** Se gestionaron cinco (5) conceptos de evaluación del cumplimiento de requisitos para solicitudes de expedición del certificado de funcionamiento o habilitación de EAPB.

En su momento se encontraban en proceso de evaluación de los componentes de Calidad, Aseguramiento, Jurídico, Financiero y Sistemas de información tres (3) solicitudes. En cuanto a la aprobación de Planes Voluntarios de Salud, Minutas contractuales de Planes de Medicina Pre pagada y sus modificaciones, Reforma se gestionaron 12 solicitudes.

**2014.** Resolución 005 de 2014 - Negación Alianza Comfamiliar Cartagena y Mutual Ser. RED MÉDICA VITAL - Resolución 586 del 1 abril de 2014 y Colpatria Medicina Prepagada S.A. Resolución 519 de 2014.

En el trámite de revocatoria de habilitación por incumplimiento, en el 2010 se efectuó el de SELVASALUD EPS-S, mediante Resolución 1271 del 2010; en 2011 se ordenó la revocatoria total de la habilitación y la intervención para liquidar COMFACA (Res 0469 de 2011) y CAMACOL (Res 0470 de 2011), en virtud del retiro voluntario efectuado por dichas EPSS en los departamentos de Caquetá y Antioquia, respectivamente.

**Tabla 85. Otros trámites realizados  
Período 2010-2014**

Trámite	2010	2011	2012	2013	2014
Aprobación de solicitudes de modificación de capacidad de afiliación de EAPB del régimen subsidiado o contributivo	6	5	8	2	6
Solicitudes de escisión de las empresas	1	5	6	0	0
Retiro voluntario de la operación del régimen subsidiado	6	8	9	11	2
Visitas de suspensión de práctica no autorizada	20	12	0	3	0
Trámite de solicitud de peticiones, quejas y reclamos	2.992	6.135	9.458	3.358	-

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Finalmente, es importante mencionar que se han desarrollado actividades para el seguimiento del componente de inspección, vigilancia y control, en temas como circular única, programa ampliado de inmunizaciones, sistema de vigilancia epidemiológica, centro regulador de urgencias y emergencias CRUE, tecnología biomédica, inspección, vigilancia y control a las entidades territoriales en función de IVC, Comités Técnico Científicos, código de conducta y buen gobierno, mantenimiento hospitalario, catastro físico hospitalario, sistema de administración de riesgos SAR, red de prestadores, registro individual de prestaciones de servicios RIPS, indicadores de alerta temprana y calidad, acreditación Icontec, publicaciones de las tarifas de los planes de medicina prepagada, PAMEC, Protección específica y detección temprana del POS y red de controladores.



En este último componente, en el marco de las competencias que la Ley 1438 de 2011, le asignó a la Superintendencia Nacional de Salud, - en el entendido de implementar procedimientos participativos que permitan la operación del sistema de forma articulada, vinculando las personerías, la Defensoría del Pueblo, las contralorías y otras entidades u organismos que cumplan funciones de control, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998, - mediante la Circular Externa número 007 de 2011, la Supersalud - puso en marcha - la Red de Controladores del Sector Salud, conformada por todas las entidades, organismos y agentes de carácter público y privado que tienen asignadas competencias de inspección, vigilancia y control sobre actividades comprendidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud,- que bajo los principios de colaboración armónica ejercen sus respectivas competencias de forma articulada y coordinada.

### Protección al usuario y participación ciudadana.

En los temas de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario (antes Delegada para la Protección al Usuario y Participación Ciudadana), durante la vigencia 2010-2014, ha realizado una importante gestión, que se puede observar en la siguiente tabla .

**Tabla 86. Acciones de Inspección Vigilancia y Control Desarrolladas 2010-2014**

Acciones IVC/Año	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Seguimiento fallos de tutela a EAPB, IPS, Entes Territoriales	929	6.402	2.645	3.227
Auditorías a Entes Territoriales	70*	-	-	-
Visitas de inspección a vigilados	20	39	68	33
Apertura procesos administrativos	21	20	78	76
Sanción procesos administrativos	34	25	8	6

Fuente . Supersalud \*De esas visitas se solicitaron 33 planes de mejoramiento.

Además, de estas acciones de inspección, vigilancia y Control, la Delegada para la Protección al Usuario efectuó 38 averiguaciones preliminares.

Dentro de los principales motivos de apertura y sanción en los procesos administrativos se encuentran, los registrados a continuación.

**Tabla 87. Principales Motivos de Apertura y Sanción.**

Principales motivos de apertura	Principales motivos de sanción
Incumplimiento de instrucciones	Incumplimiento de instrucciones
Negación procedimientos POS	Oficina de Atención al Usuario
Negación medicamentos POS	Procedimientos POS
No realización de Comités Técnico Científicos	Atención usuario POS
Dilación injustificada Circular única 059	Medicamentos
Incumplimiento Ley 1171 (adulto mayor)	Circular única

Fuente : Supersalud



Para el ejercicio de la función de control el Decreto 2462 de 2013, creó la Delegada de Procesos Administrativos a la que fueron remitidos todo los procesos que adelantaba esta Delegada.

La gestión realizada por la nueva Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos, en este tema, durante el período comprendido entre el 17 de enero y el 31 de mayo de 2014 , se refiere a: **(i)** el número de expedientes gestionados; **(ii)** el número de autos de iniciación expedidos; **(iii)** el número de autos de pruebas expedidos; **(iv)** el número de autos que se expidieron corriendo traslado para alegar de conclusión; **(v)** el número de sanciones que se emitieron; **(vi)** el número de recursos o solicitudes de revocatoria directa que se resolvieron; **(vii)** el número de constancias de ejecutoria y **(viii)** el número de expedientes trasladados a cobro coactivo.

**Tabla 88. Actos Administrativos Realizados enero y mayo de 2014**

Acto administrativo	Número
Autos de iniciación	6396
Autos de pruebas	226
Autos que corren traslado para alegar de conclusión	239
Sanciones	57
Resoluciones que resuelven recursos o revocatorias	13
Constancias de ejecutoria	169
Traslados a cobro coactivo	138

Fuente: Supersalud

En materia de participación ciudadana, durante el periodo junio - diciembre de 2013, se adelantaron 4 consultas ciudadanas y se contrató con la Universidad del Valle, la ejecución de siete (7) cursos de capacitación dirigidos a las veedurías en salud en los Departamentos del Valle, Quindío, Tolima, Cauca, Caldas, Risaralda y Chocó.

Para el periodo enero - mayo de 2014, se reemplazaron las consultas ciudadanas por jornadas de participación social y capacitación, en ese orden de ideas, en desarrollo de la estrategia de promoción de la participación ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adelantaron actividades de promoción y divulgación de los mecanismos de Participación Social en Salud, así como capacitaciones en temas de participación ciudadana y de derechos y deberes en salud. Los eventos realizados consistieron en cuatro (4) actividades de participación ciudadana: una (1) jornada de participación social, que consiste en propiciar espacios para el ejercicio del control social por parte de los ciudadanos y dos (2) capacitaciones a asociaciones de usuarios.

## Medidas Especiales

Durante la vigencia 2010-2014, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de las competencias en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del



Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el eje de acciones y medidas especiales, adelantó los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud -EPS, Instituciones Prestadoras de Salud -IPS y monopolios rentísticos, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud.

**Tabla 89. Entidades y Tipos de Medidas Aplicadas 2010-2014**

Tipo de medida	Tipo de Entidad	Período			
		2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Intervención forzosa Administrativa para Administrar	IPS	4	3	2	2
	ESE	16	18	14	6
	EPS contributivo	1	2	1	1
	EPS Subsidiado	3	5	1	-
Intervención técnico Administrativa	Entidades territoriales	3	2	-	-

Fuente Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

En la tabla 95 se aprecia el total de entidades a las que se les aplicó la intervención forzosa administrativa para administrar. Como resultado del ejercicio de monitoreo y seguimiento a las entidades con medidas especiales, así como de las funciones de inspección, vigilancia y control adelantado por las demás Delegadas de la entidad, a 31 de mayo de 2014, quedaron 9 entidades en intervención forzosa administrativa para administrar, así: IPS privadas: i) Clínica Montería SA, ii) Corporación IPS Saludcoop, iii) ESE, Hospital Departamental San Francisco de Asís Chocó, iv) Hospital La Candelaria de El Banco, v) Hospital Eduardo Santos de Itsmina, vi) Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Guainía, vii) Hospital UBA Nuestra Señora del Carmen de I Nivel de Vichada, viii) Hospital de San Marcos Sucre; ix) y EPS- C: Saludcoop.

Durante el período comprendido entre el 1 de junio de 2013 y 31 de mayo de 2014, se ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar a la Corporación IPS Saludcoop, se prorrogó la medida a la EPS Saludcoop y se levantó la medida a la Clínica Santiago de Cali, ESE Hospital Local de Puerto Colombia, ESE Hospital Juan de Acosta, ESE CAMU del Prado de Cereté, ESE Hospital de La Cruz de Puerto Berrio, ESE Hospital San José del Guaviare, ESE Red de Servicio de I Nivel de Atención en Salud del Guaviare, ESE Hospital San Rafael de Fundación y ESE Hospital Moreno y Clavijo de Arauca.

Con relación al Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud- Fonsaet, se estableció, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, la metodología de verificación de documentos soportes de los pasivos registrados para ser cancelado con



los recursos del Fondo. Este trabajo, liderado exitosamente por la Dirección de IPS, dio como resultado mejoras significativas en los tiempos de revisión, autorización y giro de los recursos a los beneficiarios finales, frente al proceso realizado en la anterior vigencia.

La intervención técnico administrativa es el proceso ordenado por la Superintendencia Nacional de Salud a las direcciones territoriales de salud, el cual tiene objetivo, como primera medida, el salvamento de la entidad, buscando ponerla en condiciones óptimas para así desarrollar adecuadamente su objeto social, o establecer si la entidad debe ser objeto de liquidación. Con corte a 31 de mayo del 2011, se encontraban bajo esta medida 3 Entidades Territoriales; para 31 de mayo del 2012, se encontraban 2 Entidades Territoriales.

**Tabla 90. Entidades y Tipos de Medidas Aplicadas 2010-2014**

Tipo de medida	Tipo de Entidad	Período			
		2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Intervención forzosa Administrativa para Liquidar	IPS	3	1	1	1
	ESE	1	-	-	-
	EPS contributivo	2	2	2	3
	EPS Subsidiado	5	3	15	13
	EPS contributivo y subsidiado	-	-	-	2
	Monopolios rentísticos	2	1	1	1
Vigilancia Especial	EPS contributivo	-	5	4	2
	EPS Subsidiado	-	16	2	1
	EPS indígena	-	-	-	1
Programa de Recuperación	EPS contributivo				
	EPS Subsidiado				

Fuente Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

En la tabla 96 se observa que con corte a 31 de mayo de 2011, se encontraban bajo la medida de intervención forzosa administrativa para liquidar 3 IPS privadas, una ESE, 2 EPS-C, 5 EPS-S y 2 monopolios rentísticos. Así mismo, con corte a 31 de mayo del 2012, se encontraban bajo esta medida una IPS privada, 2 EPS-C, 3 EPS-S y un monopolio rentístico. Ahora bien, con corte a 31 de mayo del 2013, se encontraban bajo esta medida, una IPS privadas, 2 EPS-C, 15 EPS-S y un monopolio rentístico.

En mayo de 2013, y como resultado del ejercicio del seguimiento de las medidas especiales, así como de la inspección, vigilancia y control ejercido por las demás Delegadas de la entidad, se adoptó una medida de intervención forzosa administrativa para liquidar a las EPS Solsalud y Humana Vivir en sus programas de régimen contributivo y subsidiado.

A partir de estos dos procesos, la Delegada, en conjunto con la Delegada de Atención en Salud, siguió el proceso de traslado de los usuarios, brindando orientación a



afiliados, EPS, entidades territoriales y a la comunidad en general. Como resultado de este proceso, la Delegada para las Medidas Especiales aportó su conocimiento y experiencia en la elaboración del Decreto 3045 del 27 de diciembre de 2013, que regula el traslado de afiliados.

En el último trimestre de 2013, se realizó un requerimiento general de información a los liquidadores sobre los criterios de priorización de pagos, para establecer el cumplimiento de los parámetros legales. En cumplimiento del Decreto Ley 019 de 2012, se requirió a los liquidadores el cumplimiento de las normas sobre remisión y custodia de las historias clínicas de los usuarios. Así mismo, se elaboró un esquema básico normativo de las liquidaciones como insumo del documento que está en elaboración durante la vigencia 2014, finalizar un documento que permita dar claridad a los responsables de estos procesos.

Con corte a 31 de mayo de 2014, quedaron 20 entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar, así: IPS privada: Clínica Manizales SA; EPS-C: Unimec, Salud Colombia, Comfenalco Antioquia; EPS-S: Calisalud, Comcaja, Comfaca, Camacol, Comfenalco Antioquia, Cafaba, Cajasan, Comfenalco Santander, Comfaoriente, Famisalud Comfanorte, Comfenalco Tolima, Selva Salud, Salud Cóndor; EPS-contributivo y subsidiado: Solsalud, Humana Vivir; y un monopolio rentístico: Empresa de Loterías y Apuestas Permanentes del Atlántico.

Durante el período comprendido entre el 1 de junio de 2013 y 31 de mayo de 2014, se ordenó la intervención forzosa administrativa para liquidar el programa de la Entidad Promotora de Salud régimen contributivo de la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia.

En el caso de la Empresa de Loterías y Apuestas Permanentes del Atlántico, se realizaron reuniones de seguimiento con la agente especial liquidadora, dentro de su gestión presentó el estudio de cálculo actuarial de saneamiento de pasivo pensional, el cuál fue aprobado por esta Superintendencia, de acuerdo con el concepto dado por un actuario contratado por la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de Recursos Económicos para la Salud, junto con el apoyo de esta Delegada; concepto que fue remitido para la respectiva aprobación por parte del Ministerio de Trabajo. Es importante señalar que esta es la actividad más relevante para culminar el proceso de liquidación de la Empresa de Loterías y Apuestas Permanentes del Atlántico.

En el tema de entidades en liquidación voluntaria, la Delegada adelanta un diagnóstico de las entidades que han reportado su decisión de disolverse y liquidarse voluntariamente, teniendo en cuenta las obligaciones de reportar información obedeciendo a la Circular Única, se les ha requerido para que informen el estado actual de la liquidación y todos los demás aspectos financieros y jurídicos correspondientes. Se realizó levantamiento de una base de datos preliminar, la cual se encuentran en permanente alimentación, de acuerdo con la información que reportan las entidades en



liquidación voluntaria, se tienen identificadas dos EPS del régimen contributivo, cuarenta y una IPS, una Licorera y una Lotería.

El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual se aplica a la Superintendencia Nacional de Salud, por expresa remisión de la Ley 100 de 1993, trae una serie de medidas orientadas a prevenir o subsanar que las entidades entren en causal de toma de posesión. La Superintendencia, recientemente ha incursionado en la aplicación de estas medidas como alternativas a la intervención, ya que implican, en los casos utilizados, la presentación de un plan de acción y un monitoreo más cercano por parte de este Órgano de Control sin remover la administración ni limitar las competencias y responsabilidades de los propietarios de las entidades vigiladas.

**Entidades en Vigilancia Especial.** Inicialmente esta medida se tomó por razones financieras, cuando del análisis de los indicadores de permanencia de las EPS, así, con corte a 31 de mayo de 2012, se contaba bajo esta medida 5 EPS-C y 16 EPS-S. Por su parte, para mayo 31 de 2013, se contaba con 4 EPS-C, 2 EPS-S y 2 EPS indígenas.

Para el período comprendido entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de mayo de 2014, de acuerdo con el análisis del comportamiento de los indicadores financieros, se levanta la medida cautelar de vigilancia especial a la EPS Indígena Asociación de Indígenas del Cauca, y pasa de medida de intervención forzosa administrativa para administrar a medida preventiva de vigilancia especial la EPS-S Emdisalud.

Con corte a 31 de mayo de 2014, quedaron 6 entidades en medida preventiva de vigilancia especial, así: EPS-C: Cruz Blanca y Cafesalud; EPS-S: Comfacundi, Convida y Emdisalud; y EPS indígena: Asociación de Cabildos Indígenas y la Guajira de Dusakawi.

Como se señaló, estas medidas se tomaron por condiciones financieras, no obstante lo anterior y como se explicó anteriormente, el seguimiento se realizó teniendo en cuenta el componente técnico- científico, lo cual permitió, establecer la pertinencia de levantar o mantener la restricción de afiliación, así como modificar la medida de la EPS-C Servicios Occidentales de Salud -SOS- a programa de recuperación.

**Entidades en Programa de Recuperación.** En el año 2013, se adoptó la medida preventiva de programa de recuperación, la cual está encaminada a evitar que una entidad sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, incurra en causal de toma de posesión de sus bienes, haberes o negocios o para subsanarla, con el fin de que se adopten medidas a corto y mediano plazo por parte de la administración del programa que coadyuven a la superación de las deficiencias en la entidad.



Dicha medida preventiva con corte a 31 de mayo de 2013, se estableció para la EPS-S Cajacopi, la cual pasó de medida de intervención forzosa administrativa para administrar a programa de recuperación, levantándose éste último al cabo del tiempo fijado. Así las cosas, con corte a 31 de mayo de 2014, se encontraban en programa de recuperación 2 entidades, una EPS-C Servicio Occidental de Salud -SOS- y una EPS-S Caprecom..

### **Función Conciliatoria y Jurisdiccional.**

La Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizó las siguientes acciones:

En el ámbito de la Función de Conciliación, durante las vigencias de Junio de 2010 a mayo de 2014 se realizaron jornadas de conciliación en diferentes ciudades del país y de Bogotá, cuyo resultado en cada vigencia, se refleja en la siguiente tabla:

**Tabla 91. Actividades de Conciliación Realizadas  
2010-2014**

CONCEPTO	2010-2011	2011 – 2012	2012 – 2013	2013-2014	2010 – 2014
Solicitudes admitidas	5455	5651	2633	3699	17438
Número de jornadas	13	16	5	12	46
Número de acuerdos conciliatorios	1403	1099	142	528	2644
Valor acuerdos conciliatorios jornadas	121.492.906.174	96.797.816.549	18.574.390.326	57.799.613.901	294.664.726.950
Valor acuerdos Bogotá Sede	121.931.275.852	41.071.845.667	33.382.988.235	72.463.470.891	268.849.580.644
Valor total acuerdos conciliatorios	243.424.182.026	137.869.662.216	51.957.378.561	130.263.084.792	563.514.307.595

Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Durante las vigencias de Junio de 2010 a mayo de 2014, se presentan las siguientes cifras producto del ejercicio de la Función Jurisdiccional que resumen las diferentes actividades realizadas por parte de dicha Delegatura:

**Tabla 92 Actividades de Jurisdiccional Realizadas  
2010-2014**

CONCEPTO	2010-2011	2011 – 2012	2012 – 2013	2013-2014	2010 – 2014
Solicitudes	29	99	294	874	1267
Cobertura POS		0	24	20	44
Devoluciones o glosas		4	62	104	170



CONCEPTO	2010-2011	2011 – 2012	2012 – 2013	2013-2014	2010 – 2014
Libre elección y movilidad			5	192	197
incapacidades		11		45	56
Licencia de maternidad				253	253
Licencia de paternidad				21	21
Prestaciones excluidas		2	3	74	79
Reconocimiento económico		80	62	165	307
Finalizadas				684	684
Multiafiliación		2			2
Prestaciones económicas			173		173
Finalizadas					364
<b>TOTALES</b>		<b>99</b>	<b>329</b>	<b>1558</b>	<b>1986</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Los indicadores contenidos en el cuadro anterior no reflejan parámetros iguales, dadas, entre otras razones, los cambios de competencias de la Delegatura, y también a que estos han ido cambiando o desagregando para mostrarlos más en detalle.

#### **7.4 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del INVIMA**

En el marco de la Resolución 1229 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA ha venido implementando de manera gradual el Modelo de Inspección Vigilancia y Control Sanitario, basado en Riesgos; en el año 2013, elaboró la “Matriz de Inspección Sanitaria Priorizada”, la cual permitió realizar visitas in situ, a los establecimientos según el orden de criticidad sanitaria. Para ello se utilizaron variables que calificaban el estado sanitario de cada uno de los establecimientos tales como: resultados de laboratorio, tiempo transcurrido desde la última visita, denuncias y quejas, estado de los registros sanitarios, resultados de IVC, fabricantes de productos del altos riesgo, entre otras.

Actualmente se desarrolla la etapa II de implementación, denominada Riesgo SOA, la cual considera la evaluación de riesgos por tipo de producto y establecimiento, calificando la severidad (S), Probabilidad de Ocurrencia (O) y Afectación (A); por eso su nombre “SOA”.

Con el Modelo de Riesgos IVC-SOA se tendrá información por establecimiento, por producto, por riesgo, por GTT, y un indicador sanitario agregado; por ejemplo:



- a) Establecimientos con mayor nivel de riesgo sanitario
- b) Productos con mayor nivel de riesgo sanitario
- c) Riesgos de mayor incidencia sanitaria
- d) Riesgos con mayor severidad, ocurrencia y afectación (entre otros).

Debido al amplio universo de establecimientos sujetos a vigilancia, el Mapa de Riesgos Sanitario – SOA, su implementación será de manera gradual. La incorporación de los establecimientos al Mapa de Riesgo, se realizará por orden de criticidad. La primera versión del Mapa de Riesgos SOA, prevista para septiembre de 2014, después se incluirá los establecimientos con criticidad moderada y baja.

El Instituto trabaja en la creación de la Escuela de Inspección Sanitaria, para capacitar a los inspectores de los entes territoriales y al INIVMA, en el proceso de inspección y, a la industria sobre buenas prácticas sanitarias. De manera complementaria, el Instituto adelanta la consolidación del Manual Único de Inspección, el cual servirá como instrumento para la homologación de la práctica de inspección in situ, y la formación de los Inspectores Sanitarios.

**Tabla 93 : Inspección, Vigilancia y Control Cuatrienio**

IVC	Alimentos	Cosméticos	Dispositivos	Medicamentos	Plantas de beneficio animal de desposte y desprese	TOTAL ACCIONES DE IVC POR PERIODOS
Jun-Dic 2010	8.662		590	703	181	<b>10.136</b>
Año 2011	13119		536	938	2.448	<b>17.041</b>
Año 2012	10.282		484	856		<b>11.622</b>
Año 2013	13.828	355	812	751		<b>15.746</b>
Ene-May 2014	5.397	235	235	684	710	<b>7.261</b>
<b>TOTAL ACCIONES DE IVC</b>						<b>61.806</b>

El Instituto, en el cuatrienio realizó un total de 61.806 visitas de inspección, vigilancia y control, de las cuales, para el último periodo de Junio a Diciembre de 2013 y enero a mayo de 2014, se realizaron un total 17.337.

### Visitas de Certificación Dispositivos Médicos

De enero de 2010 a 31 de mayo de 2014, se han realizado en total 1.957 visitas de certificación sobre dispositivos médicos, de las cuales el mayor número corresponde al año 2010 (35%). Lo anterior obedece a que en el año 2009, venció la transitoriedad establecida en el Decreto 4725 de 2005, para obtener la certificación en CCAA y por



tanto en el segundo semestre del año 2009 y durante el año 2010, se recibió un número importante de solicitudes de visita de certificación por parte de importadores de dispositivos médicos.

**Tabla 94 : Visitas de Certificación Realizadas Sobre Dispositivos Médicos**

TIPO DE VISITA	2010	2011	2012	2013	may-14	total
Capacidad de almacenamiento y acondicionamiento (CCAA)	379	210	243	327	151	1310
Condiciones sanitarias	68	32	47	56	19	222
Verificación de requerimientos	160	66	56	100	43	425
<b>TOTAL</b>	<b>607</b>	<b>308</b>	<b>346</b>	<b>483</b>	<b>213</b>	<b>1957</b>

Fuente: Plan Operativo Anual, 2010 – Mayo 2014

### **Programa Nacional DeMuestra la Calidad de Medicamentos:**

El objetivo principal del programa DeMuestra la calidad, es la verificación del cumplimiento de las especificaciones de calidad de los medicamentos y Dispositivos Médicos seleccionados; las muestras de estos productos son tomadas en todo el país.

Para Medicamentos:

El programa consta de tres etapas, durante el análisis de las muestras de los medicamentos:

1. De análisis de muestras comerciales realizadas por los laboratorios.
2. De confirmación de los resultados de las muestras comerciales por parte de los laboratorios del INVIMA.
3. De reconfirmación a través del análisis de las muestra de retención que reposan en las instalaciones del laboratorio fabricante.

La ejecución del programa en el año 2013, tuvo como objeto 21 principios activos, pertenecientes a 13 grupos terapéuticos diferentes y 3 formas farmacéuticas diferentes. Se desarrolló en 25 ciudades, en las cuales se encuentran representadas todas las zonas climáticas del país. En desarrollo de esa actividad, tomaron 594 muestras, con el apoyo técnico de las Secretarías de Salud de cada departamento; para el año 2013, tiene como objeto 15 principios activos, 11 grupos terapéuticos diferentes y 5 formas farmacéuticas diferentes.

Para el año 2014, se tiene como objeto 25 principios activos, de los cuales se tomaran 500 muestras; esta actividad se encuentra en el proceso de licitación. A continuación se visualizan los resultados:



**Tabla 95 Relación de Principios Activos Realizados**

AÑO	PRINCIPIOS ACTIVOS	MUESTRA ANALIZADA	No. NO CONFORME	% NO CONFORME
2010	22	455	92	20,2
2011*	16	194	3	1,5
2012	21	594	57	9,6
2013	14	324	92	28,4
2014	25	500		
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>2067</b>	<b>244</b>	<b>15,57</b>

Fuente: Archivos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.

### Programa de Farmacovigilancia

El INVIMA ha venido realizando acompañamientos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, de baja, mediana y alta complejidad, públicas y privadas, y a los entes territoriales, mediante el seguimiento a la implementación de los programas de Farmacovigilancia, el enfoque de la seguridad en la atención y la gestión del riesgo en relación a la utilización de medicamentos, con el fin de estimular la detección y gestión de eventos relacionados con medicamentos y el reporte oportuno al Instituto, en cumplimiento a la normatividad vigente, con retroalimentación de hallazgos, y capacitación en lo relacionado con la norma.

En el siguiente gráfico se presenta el comportamiento del número de seguimientos realizados a las IPS, en conjunto con los entes territoriales desde el año 2010 hasta el año 2014.

**Gráfico 29. Seguimiento a los Programas de Farmacovigilancia de las IPS 2010 a 2014**



Fuente: Programas Especiales-Farmacovigilancia. Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.

En el periodo analizado, se han realizado 437 seguimientos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, de baja, mediana y alta complejidad en trabajo conjunto con los entes territoriales. Frente a los hallazgos, se generan oportunidades de mejora, a las cuales el Ente Territorial realiza seguimiento, con comunicación de los resultados al INVIMA.



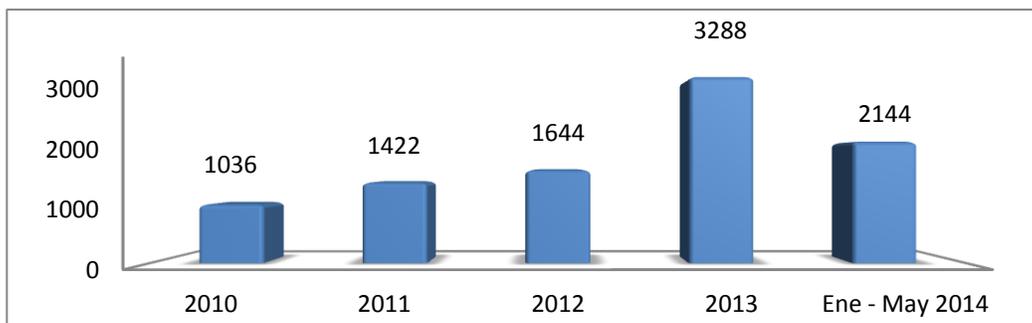
Se incluye en el año 2014, el seguimiento a los programas de Farmacovigilancia a los laboratorios farmacéuticos, promoviendo el envío de información completa para los análisis de esta información y el uso de la información para la gestión del riesgo.

## Programa Nacional de Tecnovigilancia

Es un sistema de vigilancia postmercado de dispositivos médicos y evaluación sanitaria, para la identificación, recolección, gestión y divulgación de los eventos e incidentes adversos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, para la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

Durante el cuatrienio, el INVIMA enfocó sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos de notificación y gestión de los eventos e incidentes adversos, provenientes de todo el territorio nacional, relacionada con la seguridad y desempeño de los dispositivos médicos en condiciones reales de uso.

**Gráfico 30 Total de Eventos Incidentes Adversos Reportes de Tecnovigilancia Cuatrienio distribuidos por año**

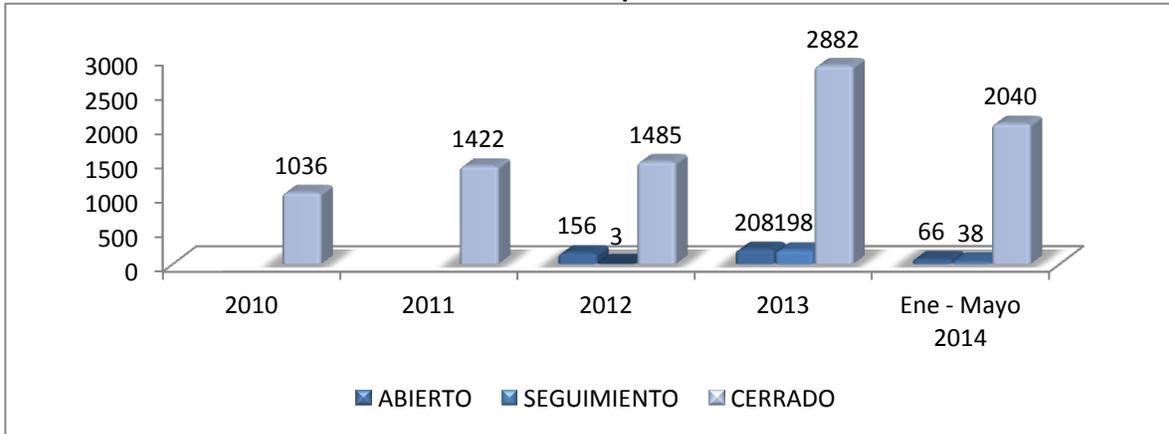


Fuente: Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías

Como se puede observar entre los años 2010 a mayo de 2014, el número de notificaciones ha venido en aumento de manera exponencial. En el año 2013, el programa recibió un total de 3.288 reportes y comparándolo con el total del año 2012 en el cual se recibieron 1.644 casos, se evidencia un incremento del 100%.

Por parte del INVIMA, se realiza la gestión de los reportes inmediatos, que corresponden a los eventos e incidentes serios, hasta el cierre de cada uno de los casos. (Artículo 22°. Resolución 4816 de 2008). A continuación se presenta el estado de los reportes distribuido por año.

**Gráfico 31: Total de Reportes de Tecnovigilancia en el Cuatrienio de Acuerdo a su estado Distribuidos por Año**



Fuente : INVIMA

De acuerdo con estos resultados, de un total de 9.534 reportes recibidos en el periodo 2010 a Mayo 2014, se ha dado cierre efectivo a 8.865 equivalente al 93% de los casos reportados.

### Programa Nacional de Reactivovigilancia

El Programa Nacional de Reactivovigilancia, cuyo objeto se basa en la identificación y cualificación de efectos indeseados, ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos, tiene las siguientes líneas de Gestión:

- Red Nacional de Reactivovigilancia
- Promoción y Formación a los actores del programa
- Monitoreo, evaluación y publicación de alertas, informe de seguridad y retiro de producto del mercado
- Notificación de eventos adversos y/o incidentes

**Gráfico 32: Número de Alertas, Recalls, Informes de Seguridad, Monitoreo de Agencias Sanitarias**



Fuente : INVIMA



De los años 2011 a 2012, se han cerrado el 100% de los casos, para el año 2013, se tiene cerrado el 93% de los casos que se presentaron.

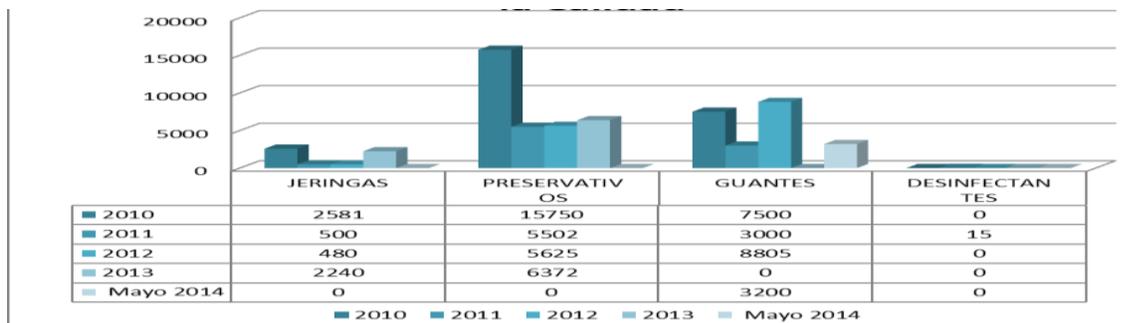
Entre el mes de enero y el mes de mayo del presente año, han aplicado, entre informes seguridad, Recall y alertas, un total de 30 casos, de los cuales se ha cerrado el 16 % de casos.

### Programa Nacional Demuestra la calidad para dispositivos médicos

El Programa Demuestra la Calidad adelanta acciones de vigilancia post mercado, a fabricantes e importadores que realizan actividades asociadas a la producción, importación, comercialización y consumo de los productos competencia

En consideración a esto, se ha realizado evaluación de calidad a: preservativos, guantes, jeringas, desinfectantes y esterilizantes.

**Gráfico 33. : Unidades Analizadas del Programa Demuestra la Calidad**



Fuente: INVIMA

Desde el 2010 a 30 de Mayo de 2014, se han analizado 58.870 unidades, en el programa de Demuestra la calidad, para dispositivos médicos.

### 7.5 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes

El Fondo Nacional de Estupefacientes, realiza las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a través de los siguientes trámites que deben realizar los usuarios ante la



Entidad: Inscripciones, Previsiones, Visto Bueno a Licencias de Importación, Certificados de Importación, Liberación y Endoso de Guía Aérea, Inspecciones, Transformaciones y Destrucciones, Formalización de Importación, Certificados de Exportación, Autorización Compras Locales, Visitas de Auditoría a Establecimientos, Estadísticas de Movimientos y Existencias de Sustancias y Productos Fiscalizados.

**Tabla 96 Trámites relacionados con IVC  
2010- 2014**

Tipo de Trámite	2010	2011	2012	2013	2014*
Inscripción y relacionadas (ampliación, modificación, renovación y cancelación inscripción)	420	435	596	573	86
Cupos de importación sustancias y productos fiscalizados	351	214	302	239	75
Vistos buenos a licencias de importación VUCE	1.157	944	1.210	1.360	575
Certificados de importación de estupefaciente, psicotrópicos y precursores	577	650	750	695	445
Liberación y endoso de documentos a de transporte de mercancías a nacionalizar	380	290	316	125	17
Inspección de mercancías a nacionalizar	713	573	823	784	434
Formalización de importación de mercancías fiscalizadas	738	559	891	779	341
Autorización de compra local de sustancias fiscalizadas	181	135	198	117	57
Certificados de exportación de estupefacientes, psicotrópicos y precursores	318	462	285	228	79
Asistencia a procesos de transformación de sustancias fiscalizadas	553	489	586	526	206
Asistencia a Destrucciones de materias primas y medicamentos	212			159	17
Respuesta a notificaciones previas a la importación de precursores	14	60	62	43	24
<b>Totales tramites atendidos</b>	<b>5.600</b>	<b>4.811</b>	<b>6.019</b>	<b>5.628</b>	<b>2.356</b>

Fuente : FNE \*2014 Ejecución acumulada a mayo

De igual manera, la Unidad, en cumplimiento de los compromisos con los Organismos de Control a nivel internacional, presenta de manera oportuna los informes requeridos por dichos organismos, dentro de los que se encuentran los siguientes:

**Tabla 97. Informes Requeridos por Organismos de Control**

Organismo	Informe	Regularidad
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario A – Informe sobre las importaciones y exportaciones de Estupefacientes	Trimestral
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario AP - Informe sobre las importaciones y exportaciones de Psicotrópicos.	Trimestral
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario C – Informe de estadísticas sobre consumo y existencias de Estupefacientes.	Anual



Organismo	Informe	Regularidad
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario P – Informe de estadísticas sobre consumo y existencias de Psicotrópicos.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario D – Informe de estadísticas sobre consumo y existencias de Precusores.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario B – Solicitud de previsiones de Estupefacientes.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario BP – Solicitud de previsiones de Psicotrópicos.	Anual
Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas – CICAD	Cuestionario correspondiente al Mecanismo de Evaluación Multilateral a) Diligenciamiento del cuestionario (anual) b) Revisión de la información, y aplicación de las observaciones y recomendaciones realizadas (anual) c) Evaluación y aprobación del siguiente formulario (anual)	Reporte de seguimiento por requerimiento
Comunidad Andina de Naciones - CAN	No existe un formulario específico. No obstante se generaron requerimientos de información por parte de la CAN.	Conforme a requerimiento.
Mercado Común del Sur – MERCOSUR	No existe un formulario específico. No obstante se generaron requerimientos de información por parte de la MERCOSUR. en virtud de la participación de Colombia como país invitado.	Conforme a requerimiento.
Unión de Naciones Suramericanas – UNASUR	No existe un formulario específico. No obstante se generaron requerimientos de información por parte de la UNASUR.	Conforme a requerimiento.
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNDOC	Formulario ARQ – Cuestionario de reportes anuales.	Anual

Fuente : FNE

Colombia obtuvo el reconocimiento por parte de Human Rights Watch “Mejores prácticas y esfuerzos de reforma: En Colombia, la participación intensa entre el gobierno, las ONG y los académicos, ha llevado a los recientes avances en la mejora del acceso a los cuidados paliativos y los servicios de tratamiento del dolor. En los últimos cinco años, el gobierno ha emprendido reformas regulatorias significativas para eliminar obstáculos innecesarios al acceso al tratamiento del dolor y mejorar el acceso a los medicamentos opioides(...) El consumo de morfina ha aumentado siguiendo estos esfuerzos para mejorar la disponibilidad. Entre 2006 y 2009, el gobierno reportó un aumento del 42% en unidades de morfina vendidas. (...)”.

Por otra parte, el Fondo Nacional de Estupefacientes tiene la función de responder a la demanda nacional de medicamentos de control especial monopolio del estado. Es así como durante la vigencia 2010 – 2014, dicha, se surtió en promedio en un 95%, no presentando desabastecimiento, lo cual garantiza el suministro de manera oportuna, eficiente y con calidad, de los medicamentos monopolio del estado: opioides (tratamiento del dolor agudo o severo por cáncer y/o SIDA), anticonvulsivantes



(tratamiento de la epilepsia) y estimulantes del sistema nervioso central (tratamiento de la hiperactividad), contribuyendo a la salud de los pacientes colombianos.

Se cumplió con la función social de la Unidad, ejerciendo un estricto control sobre el precio de los medicamentos monopolio, logrando la accesibilidad a toda la población colombiana con medicamentos a bajo costo, especialmente a la población más vulnerable del país, como los desplazados y enfermos en situación de pobreza.

Se ejerció el control sobre los establecimientos que solicitaban la venta de medicamentos monopolio, evitando su desvío a entidades que no cumplen con los requisitos exigidos para tal fin.

Se realizó convenio con la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio, para la distribución de los medicamentos monopolio del estado en la ciudad de Bogotá y el departamento de Cundinamarca, facilitando la dispensación de dichos medicamentos a una franja importante de la población.

A continuación se anexa cuadro del movimiento de medicamentos de control especial a nivel nacional durante las vigencias 2010 - 2013 y, a mayo de 2014, en donde se observan los consumos por venta a nivel nacional:

**Tabla 98. Consumos por Venta Medicamentos de Control Especial  
2010- 2013 - Mayo 2014**

Nombre Medicamento	Presentación	Unidades 2010	Unidades 2011	Unidades 2012	Unidades 2013	Unidades 2014 (corte a mayo 30)
Fenobarbital elixir 0,4%	Frasco	20.001	22.716	16.639	23.698	11.749
Fenobarbital x 10 mg	caja 30 tab	9.958	8.644	9.645	10.907	4.253
Fenobarbital X 50 mg	caja 30 tab	19.311	18.562	21.486	15.103	4.619
Fenobarbital X 100 mg.	caja 30 tab	518.952	467.684	424.666	545.767	139.698
Fenobarbital X 40 mg/ml.	caja 10 amp	6.511	8.568	5.728	7.088	2.900
Fenobarbital X 200 mg/ml.	Ampolla	3.684	2.138	4.860	2.917	1.198
Hidromorfona hcl X 2 mg/ml.	caja 10 amp	23.235	33.523	33.904	55.082	10.125
Hidromorfona hcl X 2.5 mg	caja 20 tab	22.726	36.984	39.210	56.074	9.595
Hidromorfona hcl X 5 mg	caja 20 tab	1.230	2.289	2.690	3.623	2.296
Meperidina hcl X 100 mg/2 ml.	caja 10 amp	32.566	33.860	35.750	42.477	9.872
Morfina hcl X 10 mg/ml.	caja 10 amp	110.307	107.136	109.929	141.374	45.015
Morfina solucion al 3% vial	Frasco	23.702	17.417	12.887	20.733	5.283
Morfina solucion al 3% oral	Frasco	72.943	63.223	61.183	76.188	25.121
Primidona 250 mg	fco 100 tab	3.455	3.812	7.230	9.261	3.119
Metadona hcl X 10 mg.	fco 20 tab	26.854	38.130	37.095	43.783	13.560
Metadona hcl X 40 mg.	fco 20 tab	7.256	10.760	15.027	20.991	4.270
Ritalina hcl X 10 mg	caja 30 tab	91.762	39.474	89.186	131.231	21.924
Ritalina la 20 mg	fco 30 tab	1.147	1.337	1.553	2.032	521

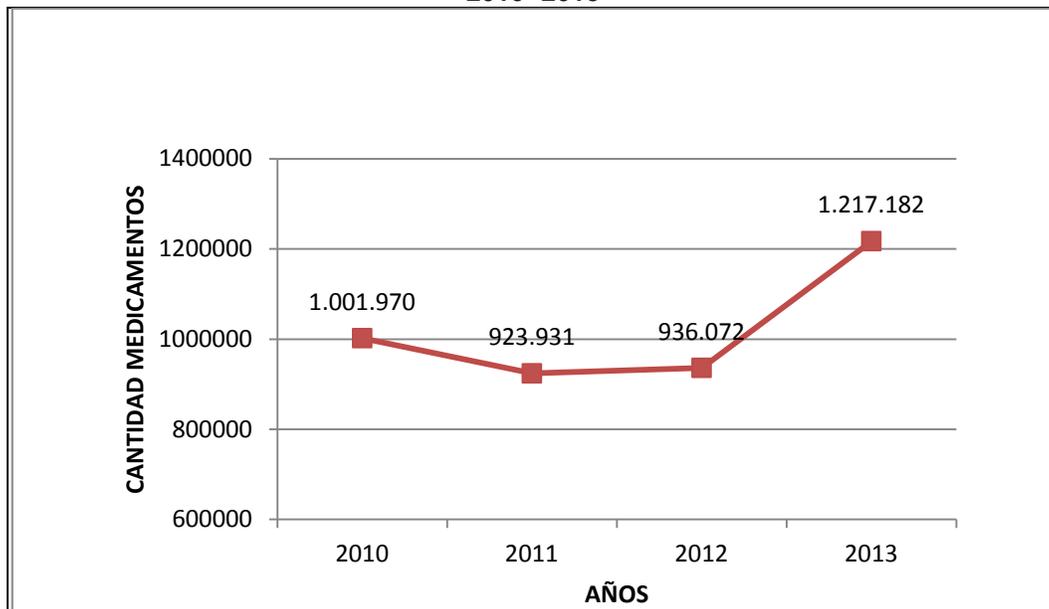


Nombre	Presentación	Unidades	Unidades	Unidades	Unidades	Unidades
Medicamento		2010	2011	2012	2013	2014 (corte a mayo 30)
Ritalina la 30 mg	fco 30 tab	788	651	730	1.075	75
Concerta hcl 18 mg	fco 30 tab	2.944	3.741	3.316	3.616	2.349
Concerta hcl 36 mg	fco 30 tab	2.638	3.282	3.358	4.162	1.221
<b>Totales</b>		<b>1.001.970</b>	<b>925.942</b>	<b>936.072</b>	<b>1.217.182</b>	<b>318.763</b>

Fuente : Almacén FNE

El gráfico siguiente ilustra el comportamiento de dicho consumo.

**Gráfico 34. Consumos por Venta Medicamentos de Control Especial  
A nivel nacional  
2010- 2013**



Fuente: FNE