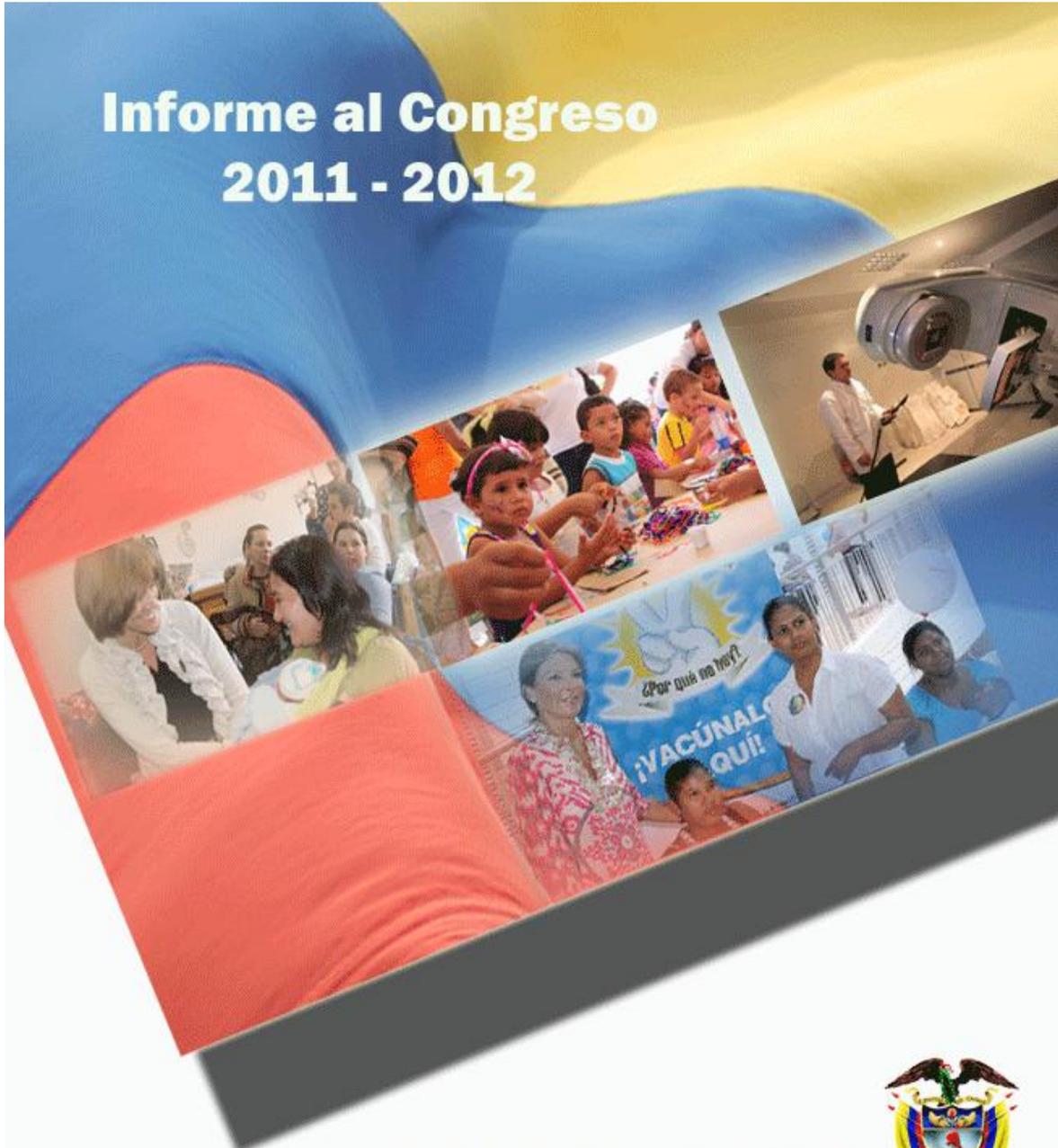


Informe al Congreso 2011 - 2012



**Sector Administrativo de Salud y Protección Social
República de Colombia**



Libertad y Orden



Libertad y Orden
República de Colombia

**SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y
PROTECCION SOCIAL**

INFORME DE ACTIVIDADES

2011 - 2012

AL HONORABLE CONGRESO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D.C. Julio de 2012

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Grupo de Planeación y Estudios Sectoriales

Informe de Actividades 2011-2012

Al Honorable Congreso de la República

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

Presidente de la República

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Ministra de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de Protección Social

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Viceministra de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Gisella Rivera Sarmiento

Directora Jurídica (E)

Susana Helfer-Vogel

Jefe Oficina de Promoción Social

Carlos Alberto Díaz Rueda

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Alfredo Bernardo Posada Viana

Jefe Oficina de Control Interno

José Luis Ortíz Hoyos

Jefe Oficina de Calidad

Héctor Darío Duque Cifuentes

Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación

Luis Fernando Correa Serna

Jefe Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres

Jaime Matute Hernández

Coordinador Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Samuel García De Vargas

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria (E)

Martha Lucía Ospina M.

Directora de Epidemiología y Demografía

Nancy Rocío Huertas Vargas

Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Lenis Enrique Urquijo Velásquez

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

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Director de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones

Carmen Eugenia Dávila

Directora de Financiamiento Sectorial

José Oswaldo Bonilla

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

DIRECTIVOS ENTIDADES ADSCRITAS AL SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Mery Concepción Bolívar Vargas

Superintendente Nacional de Salud (E)

Juan Gonzalo López Casas

Director General Instituto Nacional de Salud

Blanca Elvira Cajigas de Acosta

Directora General Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Raúl Hernando Murillo Moreno

Director General Instituto Nacional de Cancerología

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

Comisión de Regulación en Salud
Conformación

Beatriz Londoño Soto - Ministra de Salud y Protección Social
Juan Carlos Echeverry Garzón - Ministro de Hacienda y Crédito Público
Ramiro Vergara Támara - Comisionado Experto Vocero
Esperanza Giraldo Muñoz - Comisionada Experta
Gustavo Adolfo Bravo Díaz - Comisionado Experto
Martha Lucía Gualtero Reyes- Comisionada Experta

**DIRECTIVOS ENTIDADES VINCULADAS SECTOR ADMINISTRATIVO DE
SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

Carlos Mario Ramírez Ramírez
Director General Caja de Previsión Social de Comunicaciones (E)

Silvia Helena Ramírez Saavedra
Presidente Instituto Seguros Sociales

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACION | 12 |
| HACIA UN SISTEMA DE SALUD MAS EQUITATIVO, DE MAYOR CALIDAD Y SOSTENIBLE | 20 |
| 1. EQUIDAD Y ACCESIBILIDAD | 20 |
| 1.1 Afiliación | 20 |
| 1.1.1 Régimen subsidiado de salud | 20 |
| 1.1.2 Régimen contributivo de salud | 22 |
| 1.1.3 Regímenes exceptuados | 24 |
| 1.1.4 Unificación del Plan de Beneficios | 24 |
| 1.1.6 Actualización del Plan de Beneficios | 26 |
| 1.1.7 Medidas para el acceso equitativo | 31 |
| 1.2 Pensiones | 32 |
| 1.3 Riesgos profesionales | 42 |
| 1.4 Ley 1438 de 2011 | 43 |
| 2. CALIDAD EN EL SERVICIO Y EFICIENCIA | 49 |
| 2.1 Estrategia de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud | 49 |
| 2.2 Conformación de Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado | 50 |
| 2.3 Planes de gestión de las IPS públicas | 51 |
| 2.4 Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS | 51 |
| 2.5 Asistencia técnica para el ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de Servicios de salud | 52 |
| 2.6 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios | 53 |
| 2.7 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad | 53 |
| 2.7.1 Criterios de Habilitación | 54 |
| 2.7.2 Acreditación | 54 |
| 2.7.3 Sistema de información para la calidad | 55 |
| 2.8 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología | 55 |
| 2.8.1 Proyecto de vulnerabilidad sísmica estructural. | 55 |
| 2.8.2 Asistencia técnica | 57 |
| 2.8.3 Planes bienales de inversiones en salud | 57 |
| 2.8.4 Atención a la ola invernal | 57 |
| 2.9. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) | 58 |

| | |
|--|------------|
| 2.10. Política Farmacéutica, Sangre, Donación y trasplante de componentes Anatómicos | 59 |
| 2.11. Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud | 65 |
| 2.11.1 Calidad y pertinencia del talento humano en salud | 65 |
| 2.11.2 Formación, capacitación e incentivos | 66 |
| 2.11.3 Gestión y Ejercicio del Talento Humano | 70 |
| 2.12. Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres | 72 |
| 2.13. Telemedicina | 76 |
| 2.14 Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS | 80 |
| 2.15. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional | 85 |
| 2.15.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta | 85 |
| 2.15.2 Instituto Nacional de Cancerología | 88 |
| 2.15.3 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia | 95 |
| 2.15.4 Sanatorio de Contratación | 96 |
| 2.15.5 Sanatorio de Agua de Dios | 97 |
| 2.15.6 CAPRECOM | 100 |
| 3. SALUD PÚBLICA | 104 |
| 3.1 Plan Nacional de Salud Pública | 104 |
| 3.2 Salud Infantil | 106 |
| 3.3. Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI | 106 |
| 3.4. Salud Sexual y Reproductiva – SSR | 109 |
| 3.5. Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis | 118 |
| 3.6. Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Promoción de Estilos de Vida Saludables | 120 |
| 3.7. Salud Mental y Farmacodependencia | 123 |
| 3.8. Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN | 125 |
| 3.9. Salud Ambiental | 128 |
| 4. PROMOCIÓN SOCIAL | 130 |
| 4.1. Primera infancia, niños, niñas y adolescentes | 130 |
| 4.2 Red Unidos | 131 |
| 4.3 Personas y colectivos víctimas del conflicto armado | 132 |
| 4.4 Personas y colectivos con discapacidad | 135 |
| 4.5 Grupos étnicos | 137 |
| 4.6 Población inimputable por trastorno mental | 139 |

| | |
|---|------------|
| 4.7 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica _____ | 139 |
| 4.8 Mujer y Género _____ | 140 |
| 5. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD _____ | 141 |
| 5.1. Comportamiento de los recursos del sector salud _____ | 141 |
| 5.1.1 Sistema General de Participaciones _____ | 155 |
| 5.1.2 Fondos _____ | 157 |
| 5.2 Recobros y fallos de tutela _____ | 171 |
| 5.3 Cálculo de UPCc y UPCs _____ | 179 |
| 6. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD _____ | 181 |
| 6.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud _____ | 181 |
| 6.1.1. Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud _____ | 181 |
| 6.1.2. Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios _____ | 182 |
| 6.1.3. Protección al usuario y participación ciudadana _____ | 185 |
| 6.1.4. Medidas Especiales _____ | 186 |
| 6.1.5. Función Conciliatoria y Jurisdiccional _____ | 187 |
| 6.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del INVIMA _____ | 188 |
| 6.2.1. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control _____ | 188 |
| 6.2.2. Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización Programa Nacional DeMuestra la Calidad _____ | 190 |
| 6.2.3 Programa de Farmacovigilancia _____ | 192 |
| 6.2.4 Programa de Tecnovigilancia _____ | 194 |
| 6.2.5. Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias _____ | 194 |
| 6.3 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE _____ | 197 |
| 6.3.1 Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen _____ | 197 |
| 6.3.2. Acciones de IVC _____ | 197 |
| 6.3.3. Disponibilidad de Medicamentos Monopolio del Estado _____ | 199 |
| 6.3.4 Consumo de Medicamentos de Control Especial Monopolio del Estado _____ | 199 |
| 6.4. Vigilancia en Salud Pública _____ | 202 |
| 6.4.1 Acciones Instituto Nacional de Salud _____ | 202 |
| 6.4.2 Acciones Dirección de Epidemiología y Demografía _____ | 208 |
| 6.4.3 Acciones ETESA _____ | 214 |
| 7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL _____ | 218 |
| 7.1 Estructura Ministerio de Salud y Protección Social _____ | 218 |
| 7.2. Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector _____ | 220 |
| 7.3. Sistema Integral de Información de la Protección Social _____ | 221 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 7.3.1 | Herramientas para acercar los servicios del Estado al Ciudadano | 222 |
| 7.3.2 | Herramientas para la Gestión del Sector y la Toma de Decisiones | 227 |
| 7.3.4 | Facilidades Tecnológicas | 234 |
| 7.4. | Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión | 241 |
| 7.5. | Sistemas de atención al ciudadano | 247 |
| 7.6 | Cooperación y Relaciones internacionales | 250 |

PRESENTACION

El Sector Administrativo de Salud y Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República de Colombia el presente informe, el cual contiene la gestión realizada para el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012, con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado en la Constitución Política que en su artículo 208 establece que “ (...) los ministros y los directores de departamentos administrativos presentarán al Congreso, dentro de los primeros 15 días de cada legislatura, informe sobre el estado de los negocios adscritos a su ministerio o departamento administrativo (...)”.

Bajo la premisa fundamental de que la salud es un derecho de las personas al cual no se le puede fallar y en momentos en que existe una percepción general que el modelo requiere transformaciones, es preciso señalar que el Gobierno Nacional estudia permanentemente las propuestas de ajuste provenientes de los diferentes sectores; así, y teniendo en cuenta que esta no es una tarea simple, se ratifica el compromiso de apertura a revisar normativamente lo pertinente, construir alternativas adecuadas de transformación positiva para el Sistema de Salud, lo que incluso puede conllevar algunos cambios estructurales. Sin embargo, es importante mencionar que pensar en un sistema público en el que el Estado sea el único administrador, pagador, regulador y ente rector, no parece una buena alternativa en términos de calidad, facilidades y garantía de acceso como tampoco para la liquidez requerida por el sistema.

En aplicación de la Constitución y la ley, así como en cumplimiento de las decisiones para el sector salud provenientes de instancias como la H. Corte Constitucional, el Sistema ha avanzado hacia la universalización, la unificación de los planes de beneficios, la atención preferencial de niños, niñas y adolescentes, la continuidad de mecanismos que garantizan la sostenibilidad financiera del sistema y los relacionados con las disposiciones para hacer más efectivas las funciones para su inspección, vigilancia y control, tanto en lo relativo a la administración eficiente de los recursos como en el aseguramiento y la prestación pública y privada de los servicios de salud.

En lo que a equidad y acceso se refiere, se destacan, entre otros resultados, que el Sistema ha logrado mantener cubierta a la población colombiana prácticamente en niveles del 96%; esto significa 2,3 millones de nuevos afiliados en el Sistema de Salud entre 2010 y 2012. Hay que resaltar que se estima que la cobertura de los más pobres, en el año 1993 era tan sólo del 4,3%, en 2003 alcanzó el 48%,

mientras que en 2011 se acercó al 90%, requiriéndose un esfuerzo adicional para llegar al 100%, en particular en los territorios de población dispersa.

De acuerdo con el compromiso adquirido en el Plan Nacional de Desarrollo y en la misma vía de lo contemplado en la formulación de la estrategia “De Cero a Siempre” la cual garantiza una atención integral a la primera infancia de nuestro país, ahora los niños y niñas menores de 1 un año cuentan con la vacuna contra el neumococo y rotavirus en los esquemas de vacunación. Cerca de 700 mil niños han sido vacunados por primera vez y de manera gratuita contra el neumococo.

Adicionalmente al programa permanente de vacunación, en salud pública cabe resaltar que se pudieron contener los efectos en salud que podían verse incrementados en emergencias invernales toda vez que no se presentaron epidemias de Cólera, Malaria o Dengue. La Nación, a través del MSPS y el Fondo Nacional de Calamidades, han venido disponiendo recursos suficientes para adquisición de vacunas, vigilancia en salud pública, prevención de las enfermedades transmisibles, compra de equipos, fortalecimiento de la red de urgencias, recuperación de la infraestructura física de salud afectada, entre otros.

Así mismo, con personal experto, se realizaron amplias jornadas de salud para la atención de la población damnificada, en coordinación con entidades como Caprecom, la Fuerza Aérea Colombiana, el Ejército, la Armada Nacional y los propios hospitales. Las campañas han beneficiado no sólo a los niños y niñas menores de seis años quienes han recibido tratamiento con antiparasitarios y vitaminas, sino a las mujeres entre 15 y 44 años y a adultos mayores de 60 años. Adicionalmente se ha buscado que las acciones desde el nivel nacional sean complementadas con el liderazgo que las entidades territoriales deben tener en el proceso de acompañamiento a las familias afectadas, la reincorporación psicosocial de las mismas a la cotidianidad, la disminución de la violencia intrafamiliar y el goce de una sexualidad segura.

Entre algunos otros importantes logros en salud, 7,5 millones de adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años fueron vacunados contra el sarampión y la rubeola entre 2011 y 2012. También se implementaron acciones intersectoriales en materia de prevención al consumo de tabaco y en la promoción de la actividad física y el consumo de frutas y verduras, que benefician a cerca de 7 millones de colombianos.

En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, en 2011 se llegó al 85% de sobrevida de los pacientes que sufren esta enfermedad, 5 puntos por encima del referente internacional mientras que en el tratamiento de la Enfermedad Crónica Renal, la captación de pacientes con hipertensión arterial pasó de 33,9%

en 2010 a 38,7% en 2011. No obstante los resultados anteriores, es preciso reconocer que aún falta camino para que el Sistema tienda aún más hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Por otra parte, desde el 1 de julio de 2012, el 100% de la población tiene definido un Plan de Beneficios en Salud unificado, igualando por lo alto los contenidos de los planes del régimen contributivo y subsidiado para que todos los usuarios tengan derecho a los mismos servicios sin importar su situación económica y que sean atendidos por cualquier patología. En otras palabras, 22,5 millones de personas del régimen subsidiado podrán recibir los mismos beneficios del contributivo, dejando de ser considerados como pacientes de segunda clase; este es un logro a resaltar en materia de equidad en el servicio.

La unificación del Plan Obligatorio de Salud - POS ha sido resultado de un proceso progresivo que se hizo por grupos etáreos (primero los niños y niñas menores de 18, adultos de 60 y más años, luego las personas de 18 a 59 años) que ha buscado privilegiar a la población más vulnerable y fue sometido previamente a pruebas piloto mostrando resultados favorables en las ciudades de Barranquilla y Cartagena.

El compromiso inicial consistía en tener completa la unificación en el 2014, pero se gestionaron acciones para adelantar el proceso en el 2012. Para la igualación del POS entre el subsidiado y el contributivo, el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que se ha establecido, será observado en forma cuidadosa para que, en la medida que se puedan hacer los ajustes correspondientes, se logre tener el mismo valor. En cuanto la UPC y al plan de salud que se establece para cada uno de los ciudadanos, es importante anotar que éstos cuentan con el mayor rigor técnico posible. Sin embargo, se espera mejorar en lo relativo a que la información que sustenta las decisiones sea más pública y transparente.

Por otra parte, el crecimiento no proyectado de los eventos no incluidos en el plan de beneficios (o “No POS”), con incentivos inadecuados, hace fundamental mantener actualizado un Plan Básico en Salud, que a su vez promueva la racionalización del gasto. Mediante el Acuerdo 29 de 2011 se realizó la primera actualización completa del Plan de Beneficios en Salud en 15 años, algo que ya era necesario para mejorar la atención. Dicha actualización del Plan otorga las herramientas para permitir que todos los usuarios del sistema tengan acceso a un plan amplio, a más servicios y tratamientos de mayor calidad para las enfermedades que más los afectan, no teniendo que acudir a acciones de tutela para su autorización. La actualización arrojó 196 inclusiones, sin embargo, mantener el plan actualizado es un proceso dinámico que debe responder a las necesidades de la población, incluyendo nuevas tecnologías que demuestren su

seguridad, eficacia y costo efectividad, en lo cual cobra especial importancia la entrada en funcionamiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud.

Algo esencial para los ciudadanos son los medicamentos por lo que este aspecto debe abordarse desde una perspectiva integral y articulada, basada en la primacía de la salud pública, la transparencia, la sana competencia del mercado, el estímulo al desarrollo e innovación en la industria farmacéutica y de dispositivos médicos, que garantice el uso adecuado y el control al gasto, a la vez que se mejora la calidad y el acceso de los usuarios a los mismos. Así, con una amplia concertación con todos los sectores, se avanzó en la formulación de una Política Farmacéutica Nacional que se traduce en un documento CONPES a ser adoptado desde el mes de agosto de 2012. Este documento incluye, entre otros, los siguientes elementos: transparencia de la información, vigilancia rigurosa de los precios y comparación con los internacionales, protección de los recursos públicos mediante la fijación de techos para reembolsos en el Sistema y negociación centralizada de precios de medicamentos de alto costo con un mecanismo de bolsa electrónica, lo que permite lograr ahorros significativos.

No se puede desconocer que el sistema aún enfrenta dificultades, algunas acumuladas de tiempo atrás y con causas múltiples. En parte radican en la persistente fragmentación del sistema de salud colombiano y en las dificultades en las acciones de supervisión, vigilancia y control en distintas instancias, a saber: Nación, territorios, Entidades Promotoras de Salud – EPS e Instituciones Prestadoras de Salud - IPS. Existen necesidades de mejoramiento en su funcionamiento, en la calidad del servicio, en la situación financiera y de operación de hospitales y clínicas, en la fragilidad de algunas Entidades Promotoras de Salud y en ser más eficientes y transparentes en el manejo de los recursos públicos.

Así, el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y el sector se enfocan en: favorecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano; lograr que el sistema brinde servicios de mayor calidad, incluyente, cada vez más equitativo y en un marco de sostenibilidad; resolver ineficiencias aún presentes en el flujo de recursos y que a la postre perjudican la prestación del servicio; y, hacer todos los ajustes institucionales para fortalecer el sistema y su vigilancia y control.

Se ha perseverado en detectar y corregir manejos inadecuados de los recursos destinados a la salud de los colombianos. Gracias a las acciones anticorrupción emprendidas por el Gobierno Nacional y en trabajo coordinado con los organismos de control, el MPSP ha contribuido a desactivar defraudaciones que se realizaban mediante el levantamiento de glosas a los recobros ordenados por decisiones de

Comités Técnico-Científicos o fallos de tutela, presentados al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA por las EPS, que en una primera instancia habían sido negados.

En 2010, los recobros por eventos no incluidos, servicios o medicamentos, ascendieron a \$ 2,3 billones constituyéndose en un ambiente propicio para actos de corrupción y su crecimiento en los últimos años pasó a ser una de las grandes amenazas para la sostenibilidad del sistema de salud. En efecto, los recobros por eventos No POS crecieron exponencial e injustificadamente a una tasa anual promedio de 80% entre 2002 y 2010.

En un escenario sin medidas ni ajustes al sistema, el FOSYGA durante el 2011 habría tenido que pagar más de \$3 billones de pesos por recobros. Sin embargo, con las medidas adoptadas, entre las que se encuentran las concernientes a la trazabilidad de los recobros y las que fijan el valor máximo para el reconocimiento y pago de medicamentos con cargo a los recursos del FOSYGA, se cambió la tendencia creciente de los mismos. Es así como los pagos realizados en 2011 fueron de \$1,9 billones, lo que representa ahorros superiores a \$ 1 billón de pesos.

Se ha mantenido firme el propósito de superar el déficit del Sistema asegurando fuentes sostenibles y suficientes, incluyendo recursos fiscales y parafiscales. Para la vigencia 2012 los recursos para el Sistema ascienden a \$30,2 billones de pesos, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del 30.69% con respecto a la vigencia 2009 (\$23,1 billones de pesos constantes de 2012). A tal monto se llegó por efecto de varios hechos. En primer lugar se obtuvieron \$1.5 billones de pesos por la Ley 1393 de 2010 que estableció incrementos en la tarifa de IVA a licores y a juegos de suerte y azar, e impuso una sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco. Un segundo hecho relevante es el incremento considerable de las cotizaciones del Régimen Contributivo que también cofinancian dicho Régimen el Régimen Subsidiado. Por último, se contó con mayores recursos de excedentes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y los nuevos recursos de las Cajas de Compensación Familiar que determina la Ley 1438 de 2011. Es importante resaltar que para el 2012 las apropiaciones establecidas para el sector salud, equivalen prácticamente a \$ 11 billones, teniendo el Gobierno una importante participación. Así, las proyecciones dan cuenta de que el sistema efectivamente es sostenible en el mediano y largo plazo. Reconociendo que sin liquidez no hay operación normal de los servicios médicos, se han venido abordando varias medidas de impacto en el flujo de recursos de la salud que permiten atacar las ineficiencias que perjudican la prestación del servicio y que hacen costoso el sistema. Sin embargo, en el mediano plazo es muy posible que se hagan necesarios otros cambios de mayor envergadura, teniendo en cuenta el rol de cada uno de los actores.

La morosidad en el flujo de recursos en distintos niveles ha perjudicado, y en ocasiones de manera crítica, la liquidez de los hospitales y clínicas, quienes representan la última cadena dentro del Sistema, lo que a su vez promueve un clima de desconfianza que no facilita la articulación del mismo y que desmotiva tanto a usuarios como al personal de la salud. Así, como una de las primeras medidas implementadas en desarrollo de la ley, se expidió el mecanismo de operación del giro directo de los recursos destinados a financiar el régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud - EPS y a las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS. Este giro es una forma de pago en la que los recursos llegan a hospitales públicos y clínicas, sin intermediación, el cual asciende a más de \$400.000 millones de pesos mensuales (cerca de \$7 billones acumulados para el período de gobierno actual) y constituye una revolución en materia de transparencia y eficiencia en el flujo de recursos.

Además de los avances logrados en estos dos primeros años, girando directamente los recursos de la nación a prestadores del servicio de salud a más de 1.500 entidades, se espera ampliar el giro directo de recursos que administra la Nación a toda la red pública hospitalaria. Para ello, se requiere el compromiso y colaboración de los hospitales ya que para poder hacer el giro es necesario conocer los montos con absoluta certeza. También se sigue avanzando en que las administradoras paguen a los hospitales en los plazos establecidos

Con el giro directo, el tiempo promedio desde el envío de los recursos de la Nación hasta los prestadores de servicios se redujo de manera significativa, de más de 90 días a menos de 10. Esto se ha logrado mediante la simplificación de los pasos necesarios para que los recursos lleguen a los prestadores de servicios. Así mismo, hace más transparente la operación del Sistema ya que se gira a cada EPS de acuerdo con los registros de las personas que han sido aseguradas y reportadas en la Base Única de Afiliados previo aval del municipio.

Es decisión del Gobierno mantener este mecanismo en los niveles alcanzados para el régimen subsidiado. Igualmente se espera aumentar lo que corresponde al giro directo para hospitales y clínicas privadas en el régimen contributivo, así como implementar el cobro directo de hospitales y clínicas por concepto de medicamentos (los cuales representan el 80% de los eventos no incluidos en el plan de beneficios -o "No POS"-) ante el Fosyga, sin pasar por las EPS, para que las barreras financieras y de servicios que hoy se presentan se puedan ir eliminando.

Respecto a las IPS, en especial los hospitales, el gobierno tiene como prioridad rescatar, potencializar y dar gran relevancia a la red pública hospitalaria como eje fundamental del sistema priorizando apoyar el saneamiento de la cartera. Se

exige entonces a hospitales, resultados, para garantizar el uso adecuado de los recursos, que sean utilizados exclusivamente para mejorar la prestación del servicio, mejorar la calidad, la oportunidad, sus indicadores de gestión y de resultados en salud.

En cuanto al aseguramiento en el sistema de salud, la labor principal de las administradoras es hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera fuerte y atender las enfermedades. Para esto, las administradoras deben cumplir con una buena labor de administración del riesgo, prestación de servicios con calidad basándose en indicadores de salud, buenos indicadores de gestión y financieros.

El fortalecimiento de la regulación, inspección, vigilancia y control - IVC es uno de los factores críticos que permiten que las reformas implementadas en el sector salud logren los resultados esperados. Por esta razón, una de las prioridades del Ministerio ha sido trabajar intensamente para fortalecer con más recursos y más herramientas a la Superintendencia Nacional de Salud. Así, se logró duplicar el presupuesto de la Superintendencia Nacional de Salud al pasar de \$ 40.000 millones en 2011 a más de \$100.000 millones de pesos en 2012, con lo que habrá más investigadores y de mayor nivel técnico. Otra estrategia que se tiene es pasar el control de la parte financiera de las aseguradoras a manos de la Superintendencia Financiera. Por su parte, la labor de control y vigilancia para el cumplimiento de los indicadores de la salud se concentra en la Supersalud. También se han realizado auditorías especiales tanto a las administradoras como a los hospitales para revisar el flujo de recursos y garantizar que éste fluya de manera rápida y oportuna para poder prestar los servicios a la población.

Además del incremento en los recursos, la Superintendencia se ha dotado de otras herramientas para llevar a cabo sus funciones de IVC. Entre éstas se encuentra la desconcentración a nivel regional con lo que tendrá una mayor cobertura en el país, el fortalecimiento de la figura de Defensor del Usuario, la ampliación de la función jurisdiccional y la Creación de las Juntas Técnico Científicas de Pares, así como el establecimiento de las sanciones contundentes y rigurosas cuando haya lugar. También se han tomado decisiones trascendentales de ajuste a las funciones que tiene la Comisión de Regulación en Salud – CRES.

Finalmente, es preciso contar con mejores sistemas de información, integrados, fundamentales para poder hacer seguimiento y control a la atención y calidad de los colombianos. Así por ejemplo, se vienen articulando las bases de datos del Ministerio con las de la Registraduría Nacional para contar con información actualizada de los fallecidos o en el caso de las pensiones, de los supervivientes, con efectos en menores trámites para el ciudadano. Adicionalmente se avanza en

el esquema de administración de la información para la Afiliación Única, con articulación con el Ministerio de Hacienda y la DIAN para mayor control, unificando, entre otros sistemas de información, el Registro Único de Afiliados de Seguridad Social – RUAF y la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA. También se avanza en un modelo de información que reúne los indicadores en salud para monitorear y evaluar los resultados de los actores del sistema, departamentos, hospitales, EPS y el Gobierno.

El informe que se presenta a continuación, se divide en siete capítulos. En el primer capítulo, se sintetizan las acciones y resultados relacionados con equidad, acceso y aseguramiento en salud. En el segundo, se incluyen los temas relacionados con calidad y eficiencia en la prestación de servicios. Las acciones sobre salud pública y las estrategias de promoción y prevención son tratadas en la tercera parte del informe. Por su parte, en el cuarto capítulo se describe lo relativo a la promoción social y las poblaciones vulnerables, mientras que los temas sobre financiación de la salud son tratados en la parte quinta del informe. Finalmente, las acciones en inspección, vigilancia y control, así como el fortalecimiento institucional, se sintetizan en los capítulos seis y siete, respectivamente.

HACIA UN SISTEMA DE SALUD MAS EQUITATIVO, DE MAYOR CALIDAD Y SOSTENIBLE

1. EQUIDAD Y ACCESIBILIDAD

1.1 Afiliación

El número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con corte 31 de Mayo de 2012 asciende a 44.213.829, alcanzando una cobertura del 94,92% frente a la población total, tal como se muestra a continuación:

Cuadro No. 1

Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.
Mayo 2012

| Régimen | Personas afiliadas | % de la Población afiliadas al SGSSS | % de la población total |
|---|--------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| Contributivo | 19.386.459 | 43,85% | 41,62% |
| Subsidiado | 22.514.941 | 50,92% | 48,33% |
| Excepción 1/ | 2.312.429 | 5,23% | 4,96% |
| Población Cubierta | 44.213.829 | 100,00% | 94,92% |
| Población No cubierta | 2.367.994 | | 5,08% |
| Total población según DANE para el año 2012 | | | 46.581.823 |

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones para afiliados a régimen contributivo y Subsidiado según BDU – Reporte SAYP Mayo 2012. 1/ Cálculos propios, con base en datos suministrados por Centros de Investigación especializados en el tema

1.1.1 Régimen subsidiado de salud

Durante la vigencia 2011 se garantizó para toda la población la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado y las normas y lineamientos que se expidieron permitieron incrementar la cobertura, pasando de 21.938.182 en abril de 2011 a 22.514.941 afiliados con corte a Mayo de 2012 como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 2

Afiliación por Departamento

| Departamento | Afiliados cargados BDUA abril de 2011 | Afiliados cargados BDUA mayo de 2012 | Total Afiliados Población desplazada | Total Afiliados Población desmovilizada |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Amazonas | 43.368 | 51.029 | 564 | 20 |
| Antioquia | 2.286.881 | 2.358.710 | 119.805 | 7127 |
| Arauca | 180.353 | 177.133 | 10.853 | 89 |
| Atlántico | 1.222.048 | 1.262.448 | 46.308 | 1813 |
| Bogotá | 1.321.073 | 1.301.627 | 75.807 | 4117 |
| Bolívar | 1.313.242 | 1.336.563 | 28.616 | 1106 |
| Boyacá | 676.011 | 695.819 | 3.424 | 560 |
| Caldas | 468.039 | 458.258 | 21.266 | 488 |
| Caquetá | 229.543 | 287.625 | 37.337 | 731 |
| Casanare | 208.742 | 201.125 | 6.898 | 384 |
| Cauca | 935.279 | 960.521 | 26.849 | 631 |
| Cesar | 780.717 | 796.607 | 41.570 | 2151 |
| Choco | 368.405 | 392.581 | 1.957 | 63 |
| Córdoba | 1.219.147 | 1.329.417 | 35.836 | 8488 |
| Cundinamarca | 953.229 | 929.382 | 28.525 | 540 |
| Guainía | 32.028 | 37.951 | 301 | 10 |
| Guaviare | 66.781 | 64.809 | 7.930 | 79 |
| Huila | 722.923 | 728.165 | 50.041 | 976 |
| Inpec | 68.460 | 82.343 | 5 | |
| La Guajira | 592.799 | 645.822 | 18.333 | 272 |
| Magdalena | 940.663 | 962.520 | 76.568 | 3718 |
| Meta | 365.673 | 383.262 | 36.464 | 1875 |
| Nariño | 1.104.240 | 1.117.651 | 29.675 | 215 |
| Norte de Santander | 811.579 | 813.331 | 11.816 | 2191 |
| Putumayo | 249.737 | 260.791 | 25.034 | 206 |
| Quindío | 251.795 | 251.382 | 9.996 | 198 |
| Risaralda | 352.726 | 356.193 | 16.774 | 586 |
| San Andres | 22.443 | 21.921 | 15 | |
| Santander | 903.375 | 858.352 | 31.135 | 1786 |
| Sucre | 730.758 | 764.586 | 66.023 | 971 |
| Tolima | 734.573 | 746.284 | 26.079 | 985 |
| Valle | 1.726.706 | 1.808.480 | 114.542 | 2678 |
| Vaupés | 22.471 | 24.867 | 55 | 2 |
| Vichada | 32.375 | 47.386 | 1.104 | 5 |
| Totales | 21.938.182 | 22.514.941 | 1.007.505 | 45.061 |

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones – MSPS
Reporte SAYP Mayo 2012

La población desplazada afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados, con corte 31 de mayo de 2012, corresponde a

1.007.505, siendo los departamentos de Antioquia con 119.805 y Valle con 114.542 los de mayor número de desplazados afiliados.

La población desmovilizada afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados, con corte 31 de mayo de 2012, corresponde a 45.061, presentando las mayores cifras los departamentos de Córdoba y Antioquia respectivamente.

Por su parte, CAPRECOM, cuya afiliación está contemplada en las cifras totales presentadas en los cuadros anteriores, en el lapso julio 2011-mayo 2012, registró un incremento en el número de afiliados, pasando de 3.020.078 a 3.105.785, constituyéndose en la EPS del Régimen Subsidiado más grande del país - con presencia en más de 750 municipios y cubriendo la población vulnerable. Entre ella se encuentra: menores a cargo del ICBF, la población en centros penitenciarios a cargo del INPEC, la población desplazada y los desmovilizados, entre otros.

Este crecimiento está asociado, entre otras razones, a la entrega en algunos municipios de población por parte de otras EPS. De la población afiliada 2.007.354 personas corresponden a afiliados sisbenizados y 1.098.431 a poblaciones especiales, dentro de las cuales se destacan el número de desplazados registrado en 486.385 y 224.116 de afrodescendientes.

1.1.2 Régimen contributivo de salud

La evaluación del comportamiento de la afiliación se realiza sobre el promedio anual de afiliados compensados, comparando anualidades al cierre de cada vigencia fiscal, análisis que permite conocer de forma más ajustada el avance de la afiliación, a diferencia del número de afiliados a una fecha de corte determinada, utilizado para el cálculo de la cobertura.

Basados en la evolución del promedio anual de afiliados compensados para el año 2011 frente al mismo comportamiento del año anterior, se encontró un incremento del 6,77% al pasar de 18.043.376 a 19.354.364.

De otra parte y con la entrada en vigencia de los Decretos 3615 de 2005, 2313 de 2006, 2172 de 2009 y 692 de 2010, se han expedido 186 autorizaciones que permiten la afiliación de los trabajadores independientes en forma colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral, a través de asociaciones, agremiaciones y

comunidades religiosas de las cuales el 92 % corresponde a comunidades religiosas, incrementando la cotización al Régimen Contributivo y de pensiones.

Cuadro No. 3

Promedio Anual de Afiliados Compensados por EPS o EOC Diciembre 2011

| EPS | Cotizantes | Beneficiarios | Adicionales | Afiliados | DF* |
|------------------------------------|------------------|------------------|---------------|-------------------|-------------|
| EPM - Departamento Médico | 4.938 | 6.295 | 51 | 11.284 | 2,26 |
| FPS de los FF NN | 30.669 | 20.419 | 2.009 | 53.097 | 1,62 |
| Salud Colmena EPS S. A. | 173.388 | 161.385 | 275 | 335.048 | 1,93 |
| Salud Total S. A. EPS | 781.647 | 929.626 | 914 | 1.712.187 | 2,19 |
| Cafesalud EPS S. A. | 358.677 | 410.174 | 514 | 769.365 | 2,14 |
| EPS Sanitas S. A. | 533.400 | 417.974 | 2.951 | 954.325 | 1,78 |
| Compensar EPS | 402.202 | 357.085 | 1.984 | 761.271 | 1,88 |
| EPS Prog. Comfenalco Antioquia | 174.856 | 174.512 | 1.037 | 350.405 | 1,99 |
| SuSalud EPS - (Suramericana) | 719.431 | 678.872 | 5.474 | 1.403.777 | 1,94 |
| Comfenalco Valle EPS | 142.531 | 155.811 | 797 | 299.139 | 2,09 |
| EPS Saludcoop | 1.745.738 | 2.233.571 | 1.789 | 3.981.098 | 2,28 |
| Humana Vivir S. A. EPS | 78.515 | 89.249 | 16 | 167.780 | 2,14 |
| EPS Servicios Médicos Colpatria | 36.674 | 30.141 | 320 | 67.135 | 1,81 |
| Coomeva EPS | 1.370.729 | 1.610.193 | 3.896 | 2.984.818 | 2,17 |
| EPS Famisanar LTDA | 690.191 | 696.611 | 1.658 | 1.388.460 | 2,01 |
| EPS Servicio Occidental de Salud | 372.789 | 440.773 | 1.365 | 814.927 | 2,18 |
| Cruz Blanca EPS S. A. | 275.527 | 329.421 | 242 | 605.190 | 2,19 |
| SolSalud S. A. EPS. | 80.761 | 86.231 | 0 | 166.992 | 2,07 |
| SaludVida S. A. EPS | 32.046 | 28.833 | 0 | 60.879 | 1,90 |
| SaludColombia EPS S. A. | 4.005 | 7.237 | 3 | 11.245 | 2,81 |
| Red Salud Atención Humana S. A. | 26.744 | 39.224 | 0 | 65.968 | 2,47 |
| La Nueva EPS S. A. | 1.279.048 | 1.044.204 | 1.104 | 2.324.356 | 1,82 |
| Multimédicas Salud con Calidad EPS | 3.933 | 7.783 | 0 | 11.716 | 2,98 |
| Golden Croup S. A. EPS | 18.967 | 34.934 | 1 | 53.902 | 2,84 |
| Total | 9.337.406 | 9.990.558 | 26.400 | 19.354.364 | 2,15 |

Fuente: Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación - Consorcio FIDUFOSYGA y SYAP . Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación y Dirección General Aseguramiento en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, con corte a diciembre de 2011. Cálculos Dirección General Aseguramiento en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales MSPS.

*Densidad Familiar: Es la relación entre afiliados y los cotizantes

La densidad familiar presenta en su comportamiento una leve variación con respecto al año anterior, al incrementarse en 0.02, toda vez que a diciembre de 2011 el resultado fue de 2.15, mientras que en la vigencia anterior se registró con 2.13 lo que indica un aumento de los beneficiarios frente al aumento de los cotizantes en el mismo periodo.

1.1.3 Regímenes exceptuados

Esta población incluye a los afiliados a las entidades exceptuadas expresamente por la Ley entre ellos se encuentran: las fuerzas militares, policía, magisterio, Ecopetrol y universidades públicas. Para el periodo 2011- 2012 se estima que el número de afiliados es de 2,3 millones, basados en estudios realizados por centros de investigación especializados en el tema.

1.1.4 Unificación del Plan de Beneficios

Entendiendo que la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado es un tema central para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud, se promovieron las iniciativas legislativas que dieron origen a las Leyes **1438** de 2011 y **1450** de 2011-Plan de Desarrollo 2010-2014, las cuales, retomando los principios de equidad, progresividad y sostenibilidad, entre otros, desarrollan prioridades para la atención preferente en salud de algunos grupos poblacionales y definen las condiciones de financiamiento necesarias para alcanzar la unificación sostenible de los planes de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Teniendo en cuenta lo anterior, es pertinente mencionar que lograr la unificación de los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo es un compromiso que ha asumido el Gobierno Nacional y que a su vez deben asumir las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, como responsables del aseguramiento de la población de su jurisdicción y de la atención de los servicios que no están incluidos en el Plan de Beneficios Subsidiado y de los servicios a la población pobre no asegurada.

Con el fin de avanzar en la unificación, el Gobierno Nacional construyó una metodología, que permitió la progresividad en el logro de este objetivo. Para el efecto tuvo en cuenta aspectos tales como: i) prevalencia de derechos definida en el artículo 3°, numeral 5, de la Ley 1438 de 2011, ii) garantía de la portabilidad de la prestación de servicios en el territorio nacional, iii) unificación gradual en las mismas condiciones de progresividad para todas las entidades territoriales y, iv) la disponibilidad de recursos fiscales para la unificación en las entidades territoriales de acuerdo a la normatividad vigente, identificando el nivel de cofinanciación que le corresponde a cada departamento o distrito, para dar paso a la aplicación del proyecto de unificación sostenible, en concordancia con las prioridades asignadas en la ley; lo anterior, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, los años de vida

saludable y, por último, la reducción del gasto en prestación de servicios No POS-S de las entidades territoriales.

Atendiendo a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, la Comisión de Regulación en Salud – CRES - analizó técnicamente la posibilidad de hacer extensibles a los afiliados del Régimen Subsidiado los servicios a que tiene derecho la población del Régimen Contributivo, anticipándose a la etapa final del cronograma de unificación y por tanto en el cumplimiento de la meta fijada por el Gobierno en cuanto a la igualación de los contenidos del Plan de Beneficios entre los regímenes Contributivo y Subsidiado, todo lo cual se encuentra reflejado en los siguientes Acuerdos:

- Acuerdo 04 de 2009: Unifica el POS para la población comprendida entre cero (0) y doce (12) años de edad¹.
- Acuerdo 11 de 2010: Unifica el POS para los mayores de doce (12) años y menores de dieciocho (18) años².
- Acuerdo 27 de 2011: Unifica el POS para las personas de sesenta (60) y más años de edad³.
- Acuerdo 32 de 2012: Unifica el POS para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad⁴, a partir del 1° de julio de 2012.

Según las cifras de la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA- con corte al 31 de diciembre de 2011, con la expedición del Acuerdo 32 de 2012 se beneficiaron cerca de 11.5 millones de personas de 18 a 59 años afiliadas activas al Régimen Subsidiado en todo el país, es decir, 51,7% de la población total perteneciente al Régimen Subsidiado. Dentro de este grupo de población, se benefician principalmente las mujeres ya que son el 53%, porcentaje que corresponde a una relación de 1,13 afiliaciones activas femeninas por cada afiliación activa masculina.

Por su parte, Caprecom viene aplicando la unificación del plan de beneficios de acuerdo a normatividad que ha emitido la Comisión de Regulación en Salud - CRES (Acuerdos 004/2009 y 11/2010) y a partir del 1 de noviembre de 2011, por

¹ En el Acuerdo 05 de 2009 se definió un incremento de la UPC del 2.72% con respecto al Acuerdo anterior,

² El incremento de la UPC en este Acuerdo se incrementó en 2.80% con respecto al Acuerdo anterior, pasando de \$ 281.836,8 a \$ 289.728

³ La UPC, para la unificación de mayores de 60 años, se incrementó en 6.19% con respecto al Acuerdo anterior, pasando de \$ 298.911,6 a \$ 317.422,8

⁴ En este Acuerdo se estipula que la nueva Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Subsidiado es la correspondiente a la zona normal de las Pruebas Piloto realizadas en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y el Distrito Turístico, Histórico y Cultural de Cartagena, para utilizarla como UPC de la unificación del total nacional. Esta UPC tiene un valor de \$433.666,8 y corresponde a un incremento de 23%, con respecto a la UPC del Acuerdo 30 de 2011.

disposición del Acuerdo 27 de 2011, inicia a prestar los servicios contemplados en el Régimen Contributivo a la población de 60 años y más.

Con respecto a la normatividad mencionada Caprecom en su sistema de información Integr@s ha parametrizado el plan contributivo de acuerdo a las edades mencionadas.

1.1.6 Actualización del Plan de Beneficios

El ministerio de Salud y Protección Social durante el año 2011 participó con la CRES en la actualización integral del plan de beneficios. Se desarrolló de manera articulada, la metodología de revisión y actualización del POS. Esta metodología tuvo en cuenta el perfil epidemiológico de la población, evaluado a través del uso de servicios de salud y la carga de la enfermedad a través del estudio realizado para este Ministerio en el año 2008 por el CENDEX.

También se tuvo en cuenta la legislación vigente específica para diferentes enfermedades, como la ley de epilepsia, cáncer y otras. Con base en esta información se evaluaron las tecnologías que estaban por fuera del POS y están enfocadas en tratar dichas enfermedades. A las tecnologías incluidas se les hizo una evaluación de la efectividad, seguridad y costo efectividad. El resultado de la evaluación permitió ingresar al POS 197 nuevas tecnologías que complementaron las más de 6000 ya incluidas convirtiendo este paquete de beneficios en uno de los más extensos de Latinoamérica. La comparación del listado de medicamentos incluidos en el POS con el que sugiere la Organización Mundial de la Salud -OMS- supera de manera amplia este listado. Los pocos medicamentos que no están incluidos tienen ya un sustituto en el POS.

Dicho proceso inició con la definición de la metodología que contiene los pasos, procedimientos, herramientas y lineamientos para la actualización del POS. De manera concreta, a continuación se describen los principales desarrollos en aplicación de ésta, que concluyeron con la aprobación en sesión plena de la Comisión de Regulación en Salud, del Acuerdo 029 de 2011 que contiene el Plan Obligatorio de Salud para los regímenes Contributivo y Subsidiado.

***i. Fase de Categorización: caracterización del POS a actualizar*⁵**

⁵Plan Obligatorio de Salud contenido en los Acuerdos de las CRES Nos. 008 de 2009, 014 y 017 de 2010; y, 021 y 025 de 2011.

La categorización permitió el reconocimiento de las tecnologías en salud (TS) que conformaban el plan de beneficios de acuerdo con dos parámetros principales: tipo y uso dentro del proceso de atención; el propósito de esta actividad fue evidenciar la composición del Plan de Beneficios vigente y obtener elementos de juicio para orientar el énfasis del mismo, en el marco de las políticas del Sistema. Por tipo de tecnología, el POS que se actualizó contaba con 5.832 procedimientos y 674 medicamentos, y por uso o finalidad:

Cuadro No. 4

Distribución de Tecnologías en Salud

| Según uso o finalidad | POS vigente |
|-----------------------|-------------|
| Promoción | 81 |
| Prevención | 139 |
| Diagnóstico | 1971 |
| Tratamiento | 4619 |
| Rehabilitación | 169 |
| Paliación | 160 |
| Sistema Organizativo | 63 |

Fuente: CRES

ii. Fase de Identificación del Alcance de la Actualización Integral 2011

En aplicación de la metodología adoptada para la actualización del POS, el equipo técnico de la CRES consultó, procesó y analizó distintas fuentes de información disponibles, que permitieron la identificación de las 39 patologías y/o condiciones de salud que más afectan a los colombianos, en términos de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o por vivir con discapacidad. Con las fuentes de información consultadas, se identificaron 844 tecnologías necesarias para atenderlas en cualquiera de sus fases, desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y paliación, permitiendo así la identificación de las tecnologías que serían objeto de evaluación. Aplicada la priorización a partir de los criterios legales, de carga de enfermedad, sociales y técnicos construidos de manera conjunta con actores del SGSSS (usuarios, asociaciones y otros grupos representativos), y efectuados otros análisis, quedaron 493 tecnologías en salud objeto de evaluación, análisis y/o revisión.

iii. Fase de Evaluación, Revisión y Análisis de Tecnologías en Salud

Los equipos de trabajo desarrollaron las evaluaciones de tecnologías nuevas en aspectos de efectividad, seguridad, evaluación económica, aporte a la calidad de vida de la población, accesibilidad a la tecnología en el país y otros criterios como población beneficiada, indicación sugerida y ventajas frente a la alternativa del POS. Para el análisis de tecnologías en salud relacionadas con el POS, se desarrolló consenso de expertos mediante un trabajo conjunto con las sociedades científicas que tuvieran relación con las tecnologías bajo estudio, y con el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social para el caso de las tecnologías relacionadas con temas de interés en Salud Pública. Para la revisión de las tecnologías en salud relacionadas con las más recobradas al SGSSS diferentes a las priorizadas, se verificó la vigencia del registro sanitario, se identificaron las alertas de seguridad y se efectuó la búsqueda y análisis sistemático de la literatura científica para la evaluación de efectividad y seguridad.

Finalizados todos los análisis, revisiones y evaluaciones de las tecnologías priorizadas dentro de la actualización integral del POS, se obtuvo un concepto individual del evaluador por cada una de las tecnologías estudiadas, cuyos resultados se muestran en el siguiente cuadro

Cuadro No. 5
Concepto de Tecnologías Evaluadas

| Concepto | No. De Tecnologías en Salud |
|--|-----------------------------|
| Favorable | 122 |
| Favorable Condicionado | 110 |
| No Favorable | 38 |
| No se puede dar concepto de favorabilidad ó no favorabilidad | 223 |
| Total | 493 |

Fuente: CRES

iv. Fase de Propuesta y Toma de Decisiones

A partir de los análisis, evaluaciones y revisiones de las tecnologías en salud seleccionadas para este proceso, se construyó la propuesta de Actualización Integral del POS para la toma de decisión, que consideró la jerarquización de las tecnologías que en concepto individual del evaluador tenían un resultado favorable o favorable condicionado, en orden de importancia de mayor a menor según su relación con los siguientes criterios: carga de enfermedad, contribución a la

atención integral en salud, impacto poblacional, política pública e impacto económico.

Cada una de las tecnologías propuestas para inclusión al POS, fue objeto de un análisis de segundo orden a partir de los siguientes elementos: *(i)* observaciones efectuadas por los actores del sistema en el proceso de participación ciudadana realizado por la UAE – CRES durante el mes de Noviembre, *(ii)* observaciones recibidas por consulta ciudadana a través de la página Web de la UAE – CRES y, *(iii)* Análisis de consideraciones metodológicas, procedimentales y de resultado definidas por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 226 del 25 de octubre de 2011. Finalmente, la Comisión de Regulación en Salud decidió incluir en el POS 197 tecnologías, de conformidad con el detalle que se presenta:

Cuadro No. 6

Resultado Final de Inclusiones al POS

| Tipo de Tecnología | Movimiento | No. TS |
|-----------------------------------|--|------------|
| Procedimientos | Inclusiones de nuevos Ambos Regímenes | 44 |
| | Aumento de cobertura Ambos Regímenes | 11 |
| | Aumento de cobertura Régimen Subsidiado | 7 |
| | Inclusiones de medicamentos Ambos Regímenes | 114 |
| | Aumento cobertura medicamentos Ambos Regímenes | 14 |
| Inclusiones por Articulado | Alimento | 1 |
| | Dispositivos Médicos | 6 |
| TOTAL | | 197 |
| Fuente : CRES | | |

El nuevo Plan Obligatorio de Salud:

- Garantiza la atención de todas las patologías y de las tecnologías en salud que han demostrado ser seguras, y costo efectivas.
- Responde a las necesidades de atención de la población infantil en aspectos como: *(i)* la prevención de la caries dental con la topicación de flúor en barniz, *(ii)* la intervención oportuna de los menores de dos años con sordera neurosensorial a partir de la implantación o sustitución de la prótesis coclear, *(iii)* la detección temprana de enfermedades congénitas con el cariotipo con fragilidad cromosómica, *(iv)* el tratamiento de la anemia nutricional en los menores de 6 a 24 meses con el complemento vitamínico y mineral (hierro y zinc) en polvo de acuerdo con la Guía de la OMS, *(v)* la ampliación del esquema de vacunación con la vacuna contra Rotavirus, *(vi)*

la ampliación de la gama de posibilidades de antibióticos para el manejo de las infecciones en niños y niñas, (vii) el manejo integral en salud mental para los casos de la bulimia y anorexia, del abuso sexual y de la violencia intrafamiliar, contando con sicoterapia individual y grupal y con la ampliación de la cobertura de internación por estos conceptos.

- Fortalece la integralidad de la atención de Salud Mental con el aumento de coberturas en terapias, de la internación para ambos regímenes y de diversas opciones terapéuticas.
- Dispone de nuevas posibilidades de manejo de las enfermedades con la inclusión de medicamentos y la ampliación en diferentes formas farmacéuticas y concentraciones de algunos ya existentes en el POS, en especial para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, inflamatorias, infecciosas, neurológicas y oftalmológicas.
- Fortalece la detección temprana del cáncer de cuello uterino y de seno y reduce las complicaciones y la estancia hospitalaria, entre otras ventajas, con la adición de la vía laparoscópica para múltiples cirugías ginecológicas.
- Amplía las vacunas para la prevención de enfermedades concomitantes en las personas con VIH-SIDA, y de igual forma ofrece nuevas posibilidades terapéuticas para el manejo de la enfermedad.
- Mejora la calidad de vida de las personas con cáncer de colon o recto al disponer del Kit de Ostomía y de nuevos medicamentos y procedimientos que amplían la gama de alternativas para el manejo del tratamiento integral del cáncer.
- Mejora el control de los pacientes con enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus al contar con el Kit de Glucometría, y con la inclusión de insulinas se cuenta con nuevas posibilidades para el tratamiento según la indicación de cada paciente. De igual forma se incorporaron alternativas terapéuticas para el tratamiento de las dislipidemias.

Adicionalmente, se incorporaron ampliaciones de cobertura para los afiliados al Régimen Subsidiado en curso de unificación del POS, como en el caso de la biopsia de glándula mamaria y la mamografía, aspectos esenciales en la detección temprana del cáncer de mama, al igual que la nebulización y el ecocardiograma doppler color.

Por su parte, CAPRECOM, según acuerdo 029 de 2011 de la CRES, actualizó el plan de beneficios incluyendo medicamentos y servicios en POS contributivo los cuales fueron parametrizados y creados en el sistema de información Integr@s.

Cuadro No. 7

Inclusiones Plan de Beneficios CAPRECOM

| Tipo | Cantidad |
|--------------|----------|
| Servicios | 44 |
| Medicamentos | 128 |
| Suministros | 5 |

Fuente: Subdirección EPS Gestión de la demanda Caprecom

1.1.7 Medidas para el acceso equitativo

1.1.7.1. Inclusiones para la población vulnerable/víctima de la violencia

En el marco de la Ley 1448 de 2011, "Por la cual se dictan medidas de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado Interno y se dictan otras disposiciones"; se constituye en un marco fundamental para la consolidación de una sociedad democrática, que permite entre otros aspectos, identificar y visualizar los derechos de las víctimas; plantea un concepto único de víctimas, priorizándolas dentro de la atención y servicios que provee el estado, reafirmado la igualdad entre las víctimas, pero al mismo tiempo garantizando una atención diferenciada de acuerdo con sus características.

En aras de reglamentar la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social participó en las mesas técnicas de retroalimentación del Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado, la cual se ajustó a las necesidades de las víctimas y a las realidades regionales, y con el objetivo de evitar la dispersión normativa, se expidió el Decreto 4800 de 2011, en la cual se contempla los mecanismos de identificación y de afiliación de esta población.

Para los casos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y las órdenes judiciales se han hecho cruces con la información que entrega la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas con la base de datos del Ministerio de Salud y Protección. Aquellas personas que no aparecen afiliadas, se procede a realizar acuerdos de confidencialidad con las EPS para que procedan a realizar la afiliación.

1.1.7.2. Enfermedades huérfanas

En enfermedades huérfanas o raras, se ha avanzado en la reglamentación de la Ley 1392 en una mesa de trabajo compuesta por todos los sectores interesados liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social. En ésta, participan las asociaciones de usuarios, la Defensoría del Pueblo, las sociedades científicas, la academia, la organismos de inspección vigilancia y control,. Se estableció la metodología para definir el listado de enfermedades raras que debe ser expedido por la CRES. La realización del censo y registro de personas que sufren de estas enfermedades está en marcha y actualmente se trabaja en el modelo de atención.

1.2. Pensiones

El Sistema General de Pensiones tiene como propósito garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos.

A abril de 2012, se cuenta con 16.728.799 afiliados al Sistema, de las cuales 10.241.960 están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad que representa el 38,78% del total y 6.486.839 están afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación Definida que representa el 61,22% del total de afiliados.

Cuadro No. 8
Distribución de Afiliados a Pensiones
(Febrero de 2011 - Abril de 2012)

| Entidad Administradora | Febrero de 2011 | Abril de 2012 | Porcentual |
|---|-----------------|---------------|------------|
| Régimen de Prima Media con prestación definida | 6.378.765 | 6.486.839 | 38,78% |
| Régimen de Ahorro Individual con solidaridad | 9.392.992 | 10.241.960 | 61,22% |

| | | | |
|-------|------------|------------|---------|
| Total | 15.771.757 | 16.728.799 | 100,00% |
|-------|------------|------------|---------|

Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia

En el periodo 2011- 2012, el aumento de los afiliados es de 957.042 con respecto al período 2010 – 2011 lo que presenta un incremento del 5.72%.

Por su parte, el Fondo de Pensiones de CAPRECOM –FONCAP- ha venido registrando una paulatina disminución como consecuencia de la liquidación de las entidades del sector y de lo ordenado en el artículo 155 de la Ley 1151 de 2007, mediante el cual se creó Colpensiones, que se encargará de administrar las pensiones los exempleados del Sector. Es así, que de 1082 afiliados al FONCAP en diciembre de 2009, a mayo del presente año la población afiliada se ha reducido a 731, e igual tendencia se observa en el número de pensionados, el cual ha disminuido de 22.893 a 22.571 en el mismo lapso.

En lo que respecta al comportamiento del Portafolio de Inversiones de los recursos pensionales, que se ofrece en el siguiente cuadro, las variaciones para los años 2009, 2010, 2011 y lo corrido del 2012 obedecen a los resultados de las operaciones en el mercado de capitales, a las cuales se les ha sumado los fondos por venta de bienes de las entidades liquidadas o traslados efectuados.

Cuadro No. 9
Evolución Valor Portafolio de Inversiones

| Valor Millones | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| Valor Fondo (Riesgos + Bonos) | 579.115 | 625.782 | 677.967 | 751.839 | 749.706 | 814.383 | 830.980 |
| Reservas Pensionales | 127.063 | 138.253 | 162.187 | 209.235 | 209.860 | 252.550 | 261.807 |
| Total Portafolio Fondo | 706.178 | 764.035 | 840.154 | 961.074 | 959.566 | 1.066.933 | 1.092.787 |

Fuente: Subdirección de Prestaciones Económicas Caprecom

En cuanto al Instituto de Seguros Sociales, hasta el mes de Octubre del año 2011 funcionaba como una empresa Industrial y Comercial del Estado, del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, tal como lo establecía el Decreto 2148 de 1992 y el Decreto 461 de 1994. A partir del mes de noviembre del mismo año, el ISS pasó a formar parte del recién creado Ministerio

de Salud y Protección Social⁶, como entidad vinculada, mediante Decreto 4107 del 2 de noviembre de 2011 (artículo 4).

Teniendo en cuenta que del Decreto 4107 solo hizo cambios relacionados con el sector al cual pertenece el Instituto, sin variar los demás aspectos de su naturaleza jurídica, el ISS siguió cumpliendo normalmente con su labor misional, atendiendo a cerca de 6,5 millones de afiliados y cerca de 1 millón de pensionados, preservando su interés por prestar un servicio en el que la oportunidad, la calidad y la eficiencia sean las características más destacadas.

El ISS cerró el año 2011 con un total de 6.444.733 afiliados a pensiones, de los cuales, 1.961.825 (30,44%) son cotizantes. La cantidad de afiliados a mayo de 2012 era de 6.492.981, entre los que se cuentan 2.032.809 (31,31%) cotizantes.

El salario medio de los cotizantes fue 1,82 SMMLV⁷ a diciembre de 2011; en Mayo de 2012 era de 2,25 SMMLV. Al finalizar el año 2011, el ISS pagaba mesadas a 975.201 pensionados (42.348 por invalidez, 714.898 por vejez y 217.955 por muerte). En Mayo de 2012, esta cantidad ascendió a 993.953 (42.968 por invalidez, 729.207 por vejez y 221.778 por muerte).

El costo anual de las prestaciones alcanzó \$14,3 billones en 2011 y \$5,7 billones durante los cinco primeros meses del año 2012. En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento de los principales componentes misionales de pensiones durante el año 2011 y lo corrido del año 2012.

Cuadro No. 10
Principales Componentes Misionales

| Concepto | A mayo de 2012 | A diciembre de 2011 |
|-------------------------------------|----------------|---------------------|
| Afiliados y pensionados | | |
| Afiliados Totales. | 6.492.981 | 6.444.733 |
| Afiliados Activos ⁸ . | 2.078.624 | 2.081.684 |
| Afiliados Cotizantes ⁹ . | 2.032.809 | 1.961.825 |

⁶ Artículo 9 de la Ley 1444 del 4 de mayo de 2011.

⁷ SMMLV = Salarios mínimos mensuales legales vigentes.

⁸ Afiliados Activos: son los afiliados que han cotizado, por lo menos, una vez durante los últimos seis meses.

⁹ Afiliados Cotizantes: son aquellos que cotizaron durante el mes de corte.

| | | |
|---|---------------|---------------|
| Salario Promedio de Cotización (SMMLV) | 2,25 | 1,82 |
| Pensionados | 993.953 | 975.201 |
| Expedientes decididos | 89.687 | 251.644 |
| Pensiones reconocidas | 27.027 | 86.634 |
| Tiempo de reconocimiento | 5,30 meses | 5,22 meses |
| Programa Prepensionados: Asegurados capacitados | 20.371 | 24.918 |
| Valor prestaciones pagadas Millones de pesos | \$ 5.701.471 | \$ 14.309.141 |
| Valor prestación pagada promedio (SMMLV) | 1,8 | 1,79 |
| Recaudo Pensiones | | |
| Recaudo por aportes ¹⁰ . | \$ 1.944.123 | \$ 4.332.397 |
| Ingresos por Devolución de aportes | \$ 1.592.547 | \$ 3.013.483 |
| Aportes de la Nación | \$ 2.804.000 | \$ 6.035.907 |
| Presupuesto | | |
| Presupuesto Pensiones. | \$ 17.269.396 | \$ 15.286.775 |
| Presupuesto total ISS. | \$ 17.882.547 | \$ 15.927.364 |

Fuente: Instituto de Seguros Sociales. Vicepresidencia de Pensiones

En el cuadro siguiente se detalla el comportamiento del reconocimiento de pensiones en el Instituto a mayo de 2012:

Cuadro No. 11
Comportamiento Reconocimiento Pensiones

| Concepto | Cantidad |
|---|----------|
| Pensionados al cierre del año 2011. | 975.201 |
| Más total pensiones reconocidas a mayo de 2012. | 27.027 |
| Menos pensionados fallecidos a mayo de 2012. | 6.790 |
| Menos pensiones de sobrevivientes que cesaron a mayo de 2012. | 1.485 |
| Total de pensionados a mayo 2012. | 993.953 |

¹⁰ Corresponde a lo recaudado por concepto de cotizaciones e incluye régimen subsidiado.

Fuente: Instituto de Seguros Sociales. Vicepresidencia de Pensiones

El tiempo promedio para el reconocimiento de pensiones presentó un ligero incremento, al pasar de 5,22 meses en 2011 a 5,30 en mayo de 2012. Para los afiliados que sólo aportaron al ISS, el tiempo de reconocimiento de pensiones fue de 5,27 meses a mayo de 2012. El promedio de la pensión pagada fue de 1,79 SMMLV a diciembre de 2011 y de 1,8 SMMLV a 31 de mayo de 2012.

En el 2011 se decidieron 251.644 expedientes de solicitudes de prestaciones económicas. Durante los cinco primeros meses de 2012 se han resuelto 89.687.

Durante el último año, el Instituto de Seguros Sociales ha adelantado una serie de acciones tendientes a optimizar el servicio prestado a los afiliados y pensionados. A 31 de mayo de 2012 se han realizado 67 mesas de trabajo con Colpensiones, con el propósito de socializar los principales aspectos de los procesos que conforman la cadena de valor (Afiliación y Registro, Recaudo, Historia Laboral, Decisión y Nómina de pensionados), así como de los procesos de Informática. Se han respondido 99 requerimientos de información formulados por dicha entidad y se ha trabajado en la implementación de las acciones recomendadas para corregir posibles deficiencias en los procesos.

En lo relativo al Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, a 31 de Mayo de 2012 presenta una nómina de Pensionados conformada por 14.554 pensionados; 200 por invalidez, 8.330 pensiones por jubilación, vejez y otras, 6.024 sustitutos, evidenciando que el 41.39% corresponden a sustituciones pensionales, el 57.23% a pensiones de jubilación o de vejez y solo el 1.37% a pensiones de invalidez.

Cuadro No. 12

Clasificación según tipo de Pensión

| Invalidez | Vejez | Sobrevivientes | Total |
|------------|--------------|----------------|---------------|
| 200 | 8.330 | 6.024 | 14.554 |

Fuente: Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión de Prestaciones Económicas.

Del 1 de Julio de 2.011 al 31 de Mayo de 2.012, se procesaron aproximadamente un total de 24.085 novedades que afectaron la nómina de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Las pensiones hasta un salario mínimo está representado por el 8.23% (1199), que en su mayoría son sustitutos con la pensión compartida con otro beneficiario, el 85.72% (12.477) de los pensionados reciben entre 1 y 4 salarios mínimos y solo un 6.03% (878) recibe entre 4 y 10 salarios mínimos. No existen pensionados de más de 10 salario mínimos en Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

El FPSFNC administra y paga la nómina de pensionados de la Fundación San Juan de Dios y de los pensionados de Prosocial, mediante convenios interadministrativos celebrados con el Gobierno Nacional, a solicitud de éste.

En cuanto al Fondo de Previsión Social del Congreso de la República – FONPRECON- en su condición de establecimiento público adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social tiene la función de efectuar el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas de los congresistas, de los empleados del Congreso y del Fondo mismo, y en este rol debe conformar un portafolio de inversiones que le permitan cumplir sus objetivos; le corresponde además, cumplir con la misión de entidad administradora del régimen pensional de Prima Media con Prestación Definida y por ello le es propio realizar la afiliación a dicho régimen de la población objetivo aquí mencionada.

Entre Julio de 2011 y Mayo de 2012, los resultados de la gestión del Fondo, se describe en los siguientes términos:

La afiliación al régimen de Prima Media con Prestación Definida que administra FONPRECON es el punto primero de interacción con los Congresistas, empleados del Congreso y del Fondo, como quiera que se trata de aquella actividad de orden misional puesta a su servicio para administrar los recursos por concepto de cotizaciones frente a su expectativa de acceder a una pensión en las diferentes modalidades que ordena la normatividad vigente.

En este sentido, durante el período que se informa (julio 2011-mayo 2012) la evolución del número de afiliados entre congresistas y servidores del Fondo por género fue la siguiente:

Cuadro No. 13
Número de Afiliados

| 2011 | Congresistas | | Empleados | |
|-----------|--------------|---------|-----------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Julio | 72 | 16 | 311 | 364 |
| Diciembre | 81 | 15 | 309 | 367 |

| | | | | |
|-------------|----|----|-----|-----|
| 2012 | | | | |
| Enero | 81 | 15 | 311 | 367 |
| Mayo | 81 | 15 | 330 | 384 |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas - FONPRECON

En las anteriores cifras se observa que el número de afiliados ascendió de 772 en el cierre de 2011 a 810 a 31 de mayo de 2012.

Derivado de la afiliación de estas personas, el Fondo percibió los siguientes valores por concepto de aportes por cotizaciones en pensiones, cuyos datos según grupo poblacional y género, se identifican a continuación:

Cuadro No. 14

Recaudo de Aportes por Afiliación
Julio 2011 – Mayo 2012

| APORTES Millones | Julio – Diciembre 2011 | | | Enero – Mayo 2012 | | | TOTAL GENERAL |
|---------------------|------------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|------------------|
| | Cong. | Empl. | Total | Cong. | Empl. | Total | |
| Hombres | 2.680 | 1.028 | 3.708 | 2.299 | 901 | 3.200 | 6.908 |
| Mujeres | 539 | 1.292 | 1.831 | 425 | 1.071 | 1.496 | 3.327 |
| TOTAL | 3.219 | 2.320 | 5.539 | 2.724 | 1.972 | 4.696 | 10.235 |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas - FONPRECON

Estas cifras corresponden al descuento mensual que se efectúa en la nómina, cuyos porcentajes son 25.5% para Congresistas y 16% para empleados.

Con corte a 31 de Mayo de 2012, la Entidad cuenta con 2.311 pensionados, de los cuales 841 (36.4%) corresponden a Ex Congresistas y 1.470 (63.6%) a Ex empleados, con un costo en la nómina de pensionados de \$18.127 millones de los cuales \$14.048 millones (77.5%) corresponden a pensionados excongresistas y \$4.079 millones (22.5%) a exempleados.

La evolución del número de pensionados entre 2004 y 2012, se registra en el siguiente cuadro:

Cuadro No.15
Número de Pensionados
2004 – Mayo 2012

| Años | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 (Mayo) |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Número de pensionados | 1.835 | 1.908 | 2.008 | 2.072 | 2.115 | 2.157 | 2.249 | 2.246 | 2.311 |
| Variación Absoluta | | 73 | 100 | 64 | 43 | 42 | 92 | -3 | 65 |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas - FONPRECON

Del total de pensionados, el 74% corresponde a Vejez, el 1.8% a Invalidez y el 24.2% a Supervivencia.

Los fondos de las inversiones que realiza FONPRECON provienen del recaudo de cartera por cuotas partes, bonos pensionales y traslados de otras administradoras que alimentan la reserva de vejez por una parte y por la otra, los aportes recibidos por los empleadores (Senado, Cámara de Representantes y FONPRECON) por concepto de cotizaciones obligatorias que son distribuidas en las reservas de vejez, invalidez y supervivencia. El monto de las inversiones a 31 de Mayo de 2012, ascendió a \$367.086,7 millones, con valores precedentes en los dos últimos años de \$364.718 millones y \$ 327.390 millones.

Por otra parte, en lo que respecta a la CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL –CAJANAL- EICE- el Gobierno Nacional mediante la expedición del Decreto 2196 del 21 de junio de 2009, ordenó la supresión y liquidación de esta Caja, señalando que tal proceso debía concluirse en un plazo de dos (2) años, el cual podía ser prorrogado por el Gobierno Nacional mediante acto administrativo debidamente motivado. Así, mediante el Decreto 2040 del 10 de junio de 2011 se prorroga el plazo de liquidación de CAJANAL EICE en Liquidación por el término de un año hasta el 12 de junio de 2012, Posteriormente, el Decreto 1229 del 2012 prorroga el plazo de liquidación hasta el 31 de diciembre de 2012.

El artículo 3 del Decreto 2196 de 2009 establece que CAJANAL EICE en Liquidación adelantará, prioritariamente, las acciones que permitan garantizar el trámite y reconocimiento de obligaciones pensionales y demás actividades afines con dichos trámites, respecto de aquellos afiliados que hubieren cumplido con los requisitos de edad y tiempo de servicio para obtener la pensión de jubilación o de vejez a la fecha en que se haga efectivo el traslado a que se refiere el artículo 4° del decreto, de acuerdo con las normas que rigen la materia. Igualmente CAJANAL EICE en Liquidación continuará con la administración de la nómina de pensionados, hasta cuando estas funciones sean asumidas por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, creada por la Ley 1151 de 2007.

Mediante el Decreto 4269 del 8 de noviembre de 2011 se distribuyen unas competencias entre CAJANAL EICE en Liquidación y la UGPP, correspondiendo a CAJANAL EICE en Liquidación atender las solicitudes de reconocimiento de derechos pensionales y prestaciones económicas radicadas con anterioridad al 8 de noviembre de 2011 y a la UGPP las posteriores a dicha fecha, así como la administración de la nómina de pensionados a partir del mes de diciembre de 2011 y la atención a los pensionados, usuarios y peticionarios; adicionalmente, la radicación de los documentos, independientemente de que los servicios requeridos se deriven de solicitudes que deban ser tramitadas por CAJANAL EICE en Liquidación.

La liquidación ha venido avanzando significativamente en las actividades vinculadas a la función misional, así como también en el avance de aquellas actividades propias del proceso liquidatorio y deberá culminar en debida forma todas aquellas actividades inherentes al proceso y que deben concluir necesariamente al momento en que se extinga la personería jurídica de CAJANAL EICE. Deberá ejecutar las acciones frente a aquellas actividades que por su naturaleza y complejidad requieren continuidad, se finalice el proceso de trasladado de actividades y funciones a la UGPP, según lo ordenado por el Decreto 4269 de 2011 y se culmine satisfactoriamente con el represamiento de solicitudes pensionales, proceso que es objeto de seguimiento por parte de la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, según lo estableció el Auto 243 de 2010.

Sobre los temas referidos al proceso liquidatorio, en el Anexo No. 1 se presenta cada una de las actividades que tienen un carácter sustancial y sensible en el desarrollo del mismo, se muestra el estado actual con corte al 31 de mayo y la fecha de terminación estimada de cada una de ellas.

Reconocimiento y trámite de obligaciones pensionales: Sobre este tema, es preciso indicar que CAJANAL EICE en Liquidación, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 3° del Decreto 2196 de 2009, venía realizando el trámite relacionado con el reconocimiento de las obligaciones pensionales y demás actividades afines hasta el 11 de junio de 2011 a través del Patrimonio Autónomo denominado PAP BUENFUTURO, el cual se constituyó como consecuencia de la celebración de un contrato de fiducia mercantil entre la entidad en liquidación y la FIDUPREVISORA S.A., el 09 de junio de 2009, el cual terminó por la no prórroga del contrato, según decisión del Liquidador, consultada con el Gobierno Nacional. Con posterioridad a esa fecha, las funciones misionales de CAJANAL EICE en Liquidación, se vienen realizando a través de la Unidad de Gestión Misional, que depende de la liquidación, pero cuyos procesos y procedimientos los ejecuta de manera autónoma e independiente, bajo la supervisión y lineamientos generales impartidos por la Gerencia Liquidadora de CAJANAL.

Igualmente, es necesario indicar que en ejercicio de esta función se ha requerido

atender un inventario aproximado de 109.000 solicitudes, producto de la unificación y digitalización de más de 2.100.000 documentos y manejo de 900.000 expedientes pensionales, que fueron discriminadas de la siguiente manera:

- **47.167** que corresponden al represamiento de solicitudes radicadas con anterioridad al 26 de junio de 2009, esto es, al existente al inicio del proceso liquidatorio, el cual se encuentra cobijado por el Auto 243 de julio de 2010 proferido por la Corte Constitucional, mediante el cual se aprueba la propuesta de ajuste al plan de acción presentado por el actual Liquidador el 28 de mayo de 2010.
- **45.245** que corresponden a solicitudes radicadas entre el 26 de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2011, que quedaron represadas bajo la administración del Patrimonio Autónomo Buen Futuro
- **12.295** que corresponden a solicitudes recibidas entre el 1 de junio de 2011 y 07 de noviembre de ese mismo año, toda vez, que a partir del 08 de noviembre de 2011 la atención de todas las solicitudes de reconocimiento de derechos pensionales y prestaciones económicas que sean radicadas a partir de esa fecha le corresponden a la UGPP, como resultado de la distribución de competencias definidas por el Decreto 4269 de noviembre 08 de 2011.
- **4.271** fallos contenciosos y laborales que no se encontraban dentro de las líneas de producción.

El último informe presentado a la Corte Constitucional, con cifras a 17 de mayo de 2012, evidencia el avance de las solicitudes presentadas hasta el 31 de mayo de 2011. Del inventario del represamiento existente al 26 de junio de 2009, está pendiente sólo el 0.019%, representada en 9 solicitudes. Mensualmente, los avances de estos asuntos se informan a la Sala Cuarta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, en cumplimiento de lo dispuesto en el Auto No. 243 de 2010.

Notificación de actos administrativos a nivel regional: Teniendo en cuenta que tanto CAJANAL EICE en Liquidación como la UGPP no poseen sedes regionales en todo el país para la atención de los usuarios y pensionados, para efectos de poder realizar notificaciones de carácter personal de los actos administrativos, a partir del 14 de marzo de 2012 se están adelantando jornadas de notificaciones por todo el país de aquellos actos administrativos que niegan o reconocen solicitudes de prestaciones económicas que la entidad en liquidación ha emitido en ejercicio de su competencia administrativa.

1.3 Riesgos profesionales

La Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones, a partir de la escisión del Ministerio de Salud y Protección Social, entre las funciones relacionadas con Riesgos Profesionales, tiene asignadas las de: Preparar las políticas sectoriales relacionadas con el Sistema Nacional de Riesgos Profesionales y proponer políticas, planes, programas y proyectos en materia de riesgos profesionales a cargo del Ministerio y la forma y condiciones de operación del aseguramiento en riesgos profesionales.

La Dirección reporta que a marzo de 2012, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP. La distribución de la afiliación en cuanto a trabajadores es la siguiente: El 56.48% están en ARP privadas y 43.52% en la ARP Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 23.85% están afiliadas a las ARP privadas y el 76.15% a la ARP Positiva. El porcentaje de distribución tanto de trabajadores como empresas se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 16
Distribución de Afiliados a ARP
Marzo 2012

| Administradora de Riesgos Profesionales-ARP | Trabajadores | | Empresas | |
|---|------------------|--------|----------------|--------|
| | Número | % | Número | % |
| Seguros de Vida Aurora S.A | 800 | 0,01 | 46 | 0,01 |
| Seguros de Vida Alfa S.A | 70.073 | 0,83 | 1.643 | 0,30 |
| Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. | 154.379 | 1,84 | 1.869 | 0,34 |
| Seguros de Vida la Equidad Organismo C. | 331.724 | 3,94 | 19.105 | 3,52 |
| Seguros Bolívar S.A | 409.318 | 4,87 | 6.245 | 1,15 |
| Liberty Seguros de Vida | 515.322 | 6,13 | 10.666 | 1,97 |
| Riesgos Profesionales Colmena | 705.096 | 8,38 | 24.689 | 4,55 |
| Seguros de Vida Colpatria S.A | 799.900 | 9,51 | 20.363 | 3,75 |
| Sura - Cia. Suramericana de Seguros de Vida | 1.762.837 | 20,96 | 44.771 | 8,25 |
| ARP Positiva | 3.659.913 | 43,52 | 413.176 | 76,15 |
| Total general | 8.409.362 | 100,00 | 542.573 | 100,00 |

Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales - MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

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 Profesionales. En el período comprendido entre julio de 2011 a marzo de 2012 la población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales pasó de

7.511.099, a un total de 8.409.362, representando un crecimiento del 11.96% (898.263 nuevos afiliados).

En cuanto a la cobertura de los trabajadores independientes, en el período julio de 2011 a marzo de 2012, el aumento es de 70.069 afiliados al pasar de 212.949 a 283.018, respectivamente.

Empresas afiliadas: La meta establecida para el cuatrienio 2010-2014, es de 65.000 nuevas empresas afiliadas; se observa que en lo corrido del período julio 2011 – marzo 2012 las empresas afiliadas al Sistema pasaron de 494.816 a un total de 542.573, presentado un aumento de 47.757 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del Sistema para sus afiliados.

1.4 Ley 1438 de 2011

El 19 de Enero de 2011 se expidió la Ley 1438 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones que tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

La citada ley, incluye entre otras disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Posterior a su expedición, se diseñó un sitio de fácil acceso, en la página web del ministerio :
<http://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/ReformaalasaludLey1438de2011.aspx> .

Así se ha dispuesto para consulta además de la Ley, el ABC de la reforma, los documentos y borradores de norma para comentarios, el cronograma y avances en la reglamentación de la Ley.

En el marco de la misma, el Ministerio de Salud y Protección Social ha continuado avanzando en su reglamentación. En el cuadro siguiente se presentan a la fecha, los avances reglamentarios indicando el artículo correspondiente

Cuadro No 17

Avances Reglamentación Ley 1438 2011

| Artículo | Avances |
|--|---------------------------------|
| ARTÍCULO 2º. Orientación del sistema general de seguridad social en salud | Indicadores* |
| ARTÍCULO 3º. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud | Acuerdo 027 de 2011 CRES |
| | Acuerdo 032 de 2012 CRES |
| ARTÍCULO 8º. Observatorio Nacional de Salud | Decreto 4109 de 2011 |
| ARTÍCULO 17º. Atención preferente | Acuerdo 029 de 2011 CRES |
| | Acuerdo 031 de 2012 CRES |
| ARTÍCULO 24º. Requisitos del funcionamiento de las entidades promotoras de salud | Decreto 4185 de 2011 |
| ARTÍCULO 25º. Actualización del plan de beneficios | Acuerdo 029 de 2011 CRES |
| ARTÍCULO 26º. Comité Técnico- Científico de la entidad promotora de salud | Decreto 0019 de 2012 (Art. 116) |
| ARTÍCULO 27º. Creación de la junta técnica científica de pares Gobierno Nacional Julio de 2011 | Decreto 0019 de 2012 (Art. 116) |
| ARTÍCULO 29º. Administración del régimen subsidiado | Resolución 2063 de 2011 |
| | |
| | Resolución 1470 de 2011 |
| | Decreto 971 de 2011 |
| | Resolución 1238 de 2011 |
| | Decreto 1700 de 2011 |

| | |
|--|--|
| | Circular Externa 0035 de 2011 |
| | Resolución 2320 de 2011 |
| | Resolución 2321 de 2011 |
| | Resolución 2977 de 2011 |
| | |
| | Resolución 4182 de 2011 |
| | |
| | Decreto 3830 de 2011 |
| | Circular No. 12 de 2011 Parágrafos transitorios 1 y 2 |
| ARTÍCULO 31°. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado | Decreto 971 de 2011 |
| | Circular No. 16 de 2011 |
| | Decreto 1124 de 2011 |
| | |
| | Decreto 4962 de 2011 |
| | |
| | Circular 047 de 2011 |
| | Decreto 1080 de 2012 |
| | Resolución 1302 de 2012 |
| ARTÍCULO 32°. Universalización del aseguramiento | Decreto 4465 de 2011 |
| | Instructivo DGGDS 01 Régimen Subsidiado |
| | Decreto 1396 de 2012 |
| ARTÍCULO 44º Recursos para Aseguramiento | Decreto 0971 de 2011 |
| ARTÍCULO 45°. Distribución de los recursos de la cotización del régimen contributivo | Resolución No. 477 de 2011 |

| | |
|---|---|
| ARTÍCULO 50°. Fondo de salvamento y garantías para el sector salud (FONSAET) | Decreto 0360 de 2011 |
| | Decreto 4690 de 2011 |
| | |
| | Resolución 470 de 2011 |
| ARTÍCULO 55°. Multas por inasistencia en las citas médicas | Comunicado de prensa |
| ARTÍCULO 58°. Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud | Decreto 2923 de 2011 |
| | Decreto 0019 de 2012 (Art. 118) |
| ARTÍCULO 65°. Atención integral en salud mental | Atención y orientación en drogas y salud mental |
| | Acuerdo 29 de 2011 CRES |
| ARTÍCULO 69°. Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos | Resolución 0036 de 2011 |
| | Resolución 5228 de 2011 |
| ARTÍCULO 70°. De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado | Decreto 2993 de 2011 |
| ARTÍCULO 72°. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales | Resolución 0710 de 2012 |
| ARTÍCULO 74°. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial | Resolución 0710 de 2012 |
| ARTÍCULO 87°. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos CNPMD. | Decreto 4107 de 2011 (Art. 25) |
| | Decreto 1071 de 2012 |
| ARTÍCULO 91°. Codificación de insumos y dispositivos médicos | Resolución 2981 de 2011 |
| | Decreto 0019 de 2012 (Art. 117) |
| | Resolución 0049 de 2012 |
| | Resolución 1939 de 2012 |
| ARTÍCULO 107°. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud | Indicadores* |

| | |
|---|--|
| ARTÍCULO 108°. Indicadores en salud | Indicadores* |
| ARTÍCULO 110°. Informe del estado actual de las entidades promotoras de salud | Informe de la situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia |
| ARTÍCULO 111°. Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud | Indicadores* |
| ARTÍCULO 114°. Obligación de reportar | Decreto 1080 de 2012 |
| ARTÍCULO 118°. Desconcentración | Circular 0007 de 2011-Supersalud.pdf |
| ARTÍCULO 138°. Antitrámites en salud | Decreto 1362 de 2011 |
| ARTÍCULO 143°. Prueba del accidente en el SOAT | Circular 0033 de 2011 |
| | Resolución 2978 de 2011 |
| | Decreto 0019 de 2012 (Art. 113) |
| | Decreto 0967 de 2012 |

Fuente : Consolidado Despacho Ministra MSPS.

* Indicadores: en la página web del ministerio se pueden consultar los indicadores de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) en el siguiente vínculo: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Paginas/Indicadores.aspx>

2. CALIDAD EN EL SERVICIO Y EFICIENCIA

La Ley 1438 de 2011 reorienta el Sistema General de Seguridad Social en Salud hacia la generación de condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. En este marco, la ley prevé la concurrencia de acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

Para ello la ley determinó un conjunto de medidas asociadas al mejoramiento de la organización de prestación de servicios de salud y a la operación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, sobre las cuales el Ministerio ha venido desarrollando los elementos técnicos y reglamentarios para su implementación, tal como se describe a continuación

2.1 Estrategia de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud

La estrategia de Atención Primaria en Salud, tal como fue concebida en la Ley, está integrada por tres componentes integrados e interdependientes, así: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana, siendo uno de los elementos básicos para su implementación el fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez.

En el componente de servicios de salud, una de las herramientas centrales es la conformación de redes integradas de servicios de salud, evento para el cual la ley definió un conjunto de criterios determinantes, entre los que se destaca la adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutive para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

Durante el período para el cual se presenta este informe se ha trabajado en la construcción de una propuesta de lineamientos de política de atención primaria en salud para Colombia, el cual se encuentra actualmente en discusión.

La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud implica el fortalecimiento de la prestación del servicio orientado al usuario con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar a la población residente en el país. Considerando esta necesidad, se ha formulado un proyecto de inversión que permita dar respuesta desde la intersectorialidad, la participación social y los servicios de salud en el marco de los atributos de la estrategia de atención primaria en salud, con priorización de las acciones teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública.

El proyecto de inversión se denomina “Apoyo para el diseño, implementación y seguimiento de estrategias de atención en salud centradas en el usuario”, y fue registrado con el código BPIN 20120110000141.

Uno de los componentes de dicho proyecto está relacionado con el Fortalecimiento de la capacidad instalada de los hospitales públicos, en cuyo desarrollo se adquirirá y entregará equipamiento biomédico e informático incluyendo acciones de construcción, ampliación y adecuación de la infraestructura física de las instituciones hospitalarias, con énfasis en la baja complejidad y el mejoramiento de la capacidad resolutive.

El proyecto contempla también un componente de modernización de la gestión, dirigido al mejoramiento del desempeño de los diferentes actores del sistema, con el propósito de que implementen las políticas públicas centradas en el usuario. En el caso de los hospitales públicos las acciones de este componente se dirigirán a la generación de instrumentos, metodologías y transferencia del conocimiento (guías, protocolos, normas y rutas de atención, mejoramiento del desempeño institucional, gestión del riesgo, priorización, flujo de recursos), la ejecución de acciones de capacitación y asistencia técnica para el adecuado ejercicio de las competencias y funciones de los actores, y el diseño de incentivos para el mejoramiento de la capacidad resolutive y para el desarrollo de infraestructura y dotación de servicios de salud.

2.2 Conformación de Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado

En el marco de lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011, relacionado con la integración de las juntas directivas de las empresas sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2993 de 2011, por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la junta directiva de estas entidades.

2.3 Planes de gestión de las IPS públicas

Las acciones adelantadas por el Ministerio en este período, están enmarcadas en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011.

El artículo 72 de la Ley 1438 relacionado con la elección y evaluación de Directores o Gerentes de empresas sociales del Estado, define que la Junta Directiva de estas entidades deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Adicionalmente, el artículo 74 de la misma norma, define el proceso de evaluación de los planes de gestión. De acuerdo con lo previsto en la Ley, la definición de las condiciones y metodologías para la formulación y evaluación del plan le corresponden al Ministerio de Salud y Protección Social.

En este contexto el Ministerio expidió la Resolución 710 de 2012 “Por medio de la cual se adoptan 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, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”. Dicha resolución define las condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión, los indicadores y estándares por áreas de gestión (dirección y gerencia, financiera y administrativa, gestión clínica o asistencial), así como el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados.

2.4 Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS

En el marco de lo definido en el Artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, relacionado con el programa de saneamiento fiscal y financiero de las IPS, el Ministerio ha adelantado las siguientes acciones:

Durante el año 2011, y a partir de la información financiera y presupuestal reportada para las vigencias 2007 a 2010 en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, se elaboró una propuesta metodológica que permite estimar el superávit o déficit corriente y no corriente de las empresas sociales del Estado y, con base en dicho resultado, determinar el riesgo fiscal y financiero de las entidades, a través de la comparación del superávit o déficit frente a los ingresos operacionales.

Teniendo en cuenta la información reportada por las empresas sociales del Estado para la vigencia 2011, se aplicó la metodología propuesta incluyendo variables que consideren las condiciones del mercado en la que operan las entidades, especialmente aquellas que por la alta dispersión poblacional pudieran ser

insostenibles a partir de los ingresos por venta de servicios, o las entidades que prestan exclusivamente servicios de salud mental, lo cual dará como resultado la categorización del riesgo de las empresas sociales del Estado.

2.5 Asistencia técnica para el ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de Servicios de salud

Teniendo en cuenta los retos que el sector asumió con la promulgación de las Leyes 1438, 1450 de 2011, y del Decreto 2025 del mismo año, y con el propósito de fortalecer las condiciones estructurales y de operación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y de las direcciones territoriales de salud para la adecuación y modernización de su estructura y operación, se vienen desarrollando acciones de asistencia técnica con énfasis en los siguientes aspectos:

- La conformación y habilitación de redes de servicios de salud. Desarrollos logrados en la organización de las redes territoriales de prestadores públicos.
- La formulación y articulación de los planes bienales de inversión en función de las necesidades de desarrollo de las redes.
- La formulación e implementación de proyectos a nivel territorial e institucional, asociados al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- La implementación de procesos de selección de gerentes de las empresas sociales Estado del nivel territorial, la adecuación de sus juntas directivas y la formulación, aprobación y seguimiento del plan de gestión de los gerentes de estas instituciones.
- El mejoramiento de los procesos que faciliten el cumplimiento de los estándares de acreditación aplicables a direcciones territoriales de salud.
- La generación, análisis y uso de información de gestión de la prestación de servicios de salud.
- El mejoramiento de los procesos relacionados con la prestación de servicios a la población a su cargo, mediante la organización de la red, la contratación, auditoría y pago de dichos servicios.
- El cumplimiento de las metas y compromisos definidos en los convenios de desempeño suscritos con la Nación, así como su seguimiento a nivel territorial e institucional.

2.6 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

A partir de la información reportada por parte de los prestadores, se desarrolló el proceso anual de evaluación de cumplimiento de las metas y compromisos incluidos en los convenios de desempeño. El resultado de esta evaluación implicó la decisión de condonación o no de las cuotas de repago de los contratos de empréstito suscritos con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Con base en los resultados del proceso de evaluación, se ha evidenciado el mejoramiento en la producción de servicios, así como en las condiciones de eficiencia y sostenibilidad financiera, encontrándose mejores resultados en los hospitales incluidos en convenios de desempeño, frente a aquellos no incluidos.

Como resultado del proceso de evaluación realizado sobre la gestión 2010 se recomendó la condonación del 100% de la cuota de repago sobre 57% de los convenios evaluados, condonación parcial en 36% de los mismos y para 2 convenios (7%) se recomendó la no condonación de la cuota.

2.7 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El objetivo de los proyectos dirigidos a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud es el mejoramiento del desempeño del sistema de salud en términos de calidad, efectividad y eficiencia, fortaleciendo lo relacionado con los procesos de habilitación, seguridad del paciente, el sistema de información para la calidad y promoviendo la acreditación en salud de los diferentes actores.

En el nuevo marco normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha iniciado un proceso de mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud con análisis sobre la necesidad de modificar el Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones tendientes a armonizar y ajustar los cuatro componentes del Sistema para todos los actores del sistema, con los retos y lineamientos actuales.

2.7.1 Criterios de Habilitación

Se ha avanzado en la revisión, ajuste y concertación con los diferentes actores del sistema, de los estándares aplicables a los prestadores de servicios de salud. En este marco en el segundo semestre de 2011, se publicó la propuesta modificatoria de los criterios de habilitación, recibiendo amplia retroalimentación de múltiples actores del sistema, (prestadores, entidades territoriales y sociedades científicas, entre otros).

Con el propósito de mejorar la resolutivez de la atención, a través del fortalecimiento de los servicios de baja complejidad, se inició un proceso de revisión de los criterios de habilitación aplicables a estos servicios, con el fin de adecuarlos para su prestación en las zonas de alta dispersión poblacional, sin que se pierda la su énfasis de velar por la seguridad del paciente en la atención.

En particular, y como respuesta a la alta variabilidad que se presenta en las normas existentes de radiología, se presentó un proyecto al Ministerio de Minas y Energía para un trabajo conjunto con la OIEA, sobre “Generación de infraestructura reguladora para el control de equipos emisores de radiaciones ionizantes”, el cual ya fue aprobado.

2.7.2 Acreditación

Después de un proceso participativo, mediante la Resolución 123 de enero de 2012, se adoptó el manual de acreditación para los servicios ambulatorios y hospitalarios, igualmente se ajustaron los manuales de estándares de acreditación de Laboratorios clínicos, imagenología y habilitación y rehabilitación.

Durante el período de reporte, el Ministerio de Salud y Protección Social continuó las acciones de asistencia técnica para mejorar el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación en los diferentes actores de salud cubriendo 90 entidades, la mayor parte de las cuales fueron IPS públicas y Direcciones Territoriales de Salud.

La Asistencia Técnica se centró principalmente en (i) el entendimiento de los estándares de acreditación, la metodología de autoevaluación, la construcción de fortalezas y oportunidades de mejora y la sensibilización a los colaboradores de las entidades de todos los procesos de la entidad; (ii) la construcción y articulación con los demás sistemas de gestión del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, tanto para

prestadores como para afiliadores; iii) el fortalecimiento del Programa de Seguridad de Pacientes y de la cultura de la seguridad, la construcción de procesos seguros y la implementación de buenas prácticas para la seguridad de pacientes.

2.7.3 Sistema de información para la calidad

Para el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad –SOGCS- ha permitido desarrollar estándares y criterios de calidad específicos y adaptados a la realidad del sector, lo cual ha incidido en el mejoramiento de la prestación de los servicios en el territorio nacional, no obstante, es a través de uno de sus componentes: El Sistema de Información para la Calidad (SIC), desarrollado a partir de la Resolución 1446 de 2006 que se dispone de información, entre otros, para mejorar la gestión de los prestadores, realizar el seguimiento a la calidad de la atención y suministrar información a la población para la libre escogencia.

La citada Resolución, agrupa indicadores de obligatorio reporte por parte de los prestadores de servicios de salud y empresas administradoras de planes de beneficios EAPB, a partir de los dominios de oportunidad y accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción y lealtad.

La información procesada con base en los datos reportados por instituciones objeto del Sistema de Información para la Calidad en correlación a otras fuentes ha facilitado a los prestadores compararse con otros de América Latina, lo cual puede observarse en la última edición del Ranking Latinoamericano que desarrolla la Revista Internacional América Economía, en donde, para el 2011, quedaron incluidos en el ranking 14 hospitales colombianos de 45 elegidos, representando el 31,1% y diferenciándose ampliamente del resto de países.

2.8 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

2.8.1 Proyecto de vulnerabilidad sísmica estructural.

El objeto principal de este proyecto es reducir la vulnerabilidad sísmica de los Hospitales públicos de mediana y alta complejidad, ubicados en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia. Para tal efecto se realizó apoyo técnico

y financiero para la ejecución de obras civiles dirigidas al reforzamiento sísmico estructural en Instituciones de Prestadoras de Servicios de Salud.

Las actividades desarrolladas en el periodo fueron las siguientes:

- Asistencia técnica y capacitación a nivel nacional para la realización de proyectos de refuerzo estructural en cumplimiento de la Leyes 400 de 1997, 715 de 2001 y la Norma NSR-10.
- Seguimiento a la ejecución de los recursos asignados al proyecto en las vigencias 2010 y 2011, para la ejecución de obras de refuerzo sísmico estructural.
- Asignación y seguimiento a los recursos dispuestos en el Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2011, por un valor total de \$15.100 millones, para la ejecución de obras de refuerzo sísmico estructural, en las siguientes instituciones:

Cuadro No 18
Asignación de recursos para reforzamiento sísmico estructural
de IPS públicas
2011

| Dpto | Ciudad | Institución | Valor asignado Millones |
|--------------|---------------|--|------------------------------------|
| Boyacá | Sogamoso | ESE Hospital Regional | 1.253 |
| Huila | Neiva | ESE Hospital Hernando Moncaleano | 2.000 |
| Cundinamarca | Cáqueza | ESE Hospital San Rafael | 1.000 |
| Nariño | La Unión | ESE Hospital Eduardo Santos | 1.147 |
| Nariño | Ipiales | ESE Hospital Civil | 1.200 |
| Santander | Bucaramanga | ESE Hospital Universitario de Santander | 3.500 |
| Valle | Cali | Hospital Universitario del Valle Evaristo García | 4.000 |
| Valle | Roldanillo | Hospital Regional | 1.000 |
| Total | | | 15.100 |

Fuente. Resoluciones de asignación de recursos

2.8.2 Asistencia técnica

Con el propósito de fortalecer la capacidad técnica y operativa de las direcciones territoriales de salud, en la elaboración de proyectos arquitectónicos y de inversión, se atendió el desarrollo institucional en 26 departamentos y 3 distritos, mediante la revisión de 474 proyectos (arquitectónicos, de dotación, estudios de vulnerabilidad y de inversión), con aprobación de 145 de ellos por un valor aproximado de \$302.349 millones y un área a intervenir de 197.644 m².

2.8.3 Planes bienales de inversiones en salud

En desarrollo de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, se formuló una propuesta de reglamentación de los procedimientos para la elaboración, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los planes bienales de inversiones públicas en salud.

2.8.4 Atención a la ola invernal

Como consecuencia de la ola invernal asociada al Fenómeno de la Niña en los períodos 2010 y 2011, se presentó ante el Departamento Nacional de Planeación, el proyecto “Reconstrucción, adecuación y dotación de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas afectadas por la ola invernal” dicho proyecto fue viabilizado con una inversión estimada para la recuperación de la infraestructura y dotación afectada de \$179.876 millones.

A través del convenio firmado con Colombia Humanitaria, el Ministerio se encuentra ejecutando obras por valor de \$48.975 millones de pesos, para atender la afectación menor de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con la siguiente relación:

Cuadro No. 19
IPS públicas por Departamento con
inversión MSPS
Colombia Humanitaria / Ola Invernal
2010-2011

| Departamento | No IPS |
|--------------|--------|
| Atlántico | 1 |
| Antioquia | 8 |

| Departamento | No IPS |
|----------------------|------------|
| Bolívar | 24 |
| Boyacá | 1 |
| Cauca | 2 |
| Chocó | 13 |
| Cundinamarca | 19 |
| Huila | 1 |
| La Guajira | 1 |
| Magdalena | 14 |
| Nariño | 3 |
| Norte de Santander | 35 |
| Santander | 4 |
| Sucre | 2 |
| Valle del Cauca | 4 |
| Total General | 132 |

Fuente : Subdirección Infraestructura Física MSPS

2.9. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Desde Octubre de 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de la Protección Social) a través del Banco Interamericano de Desarrollo- BID y con el apoyo técnico del National Institute for Health and Clinical Excellence- NICE de Inglaterra y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria- IECS de Argentina realizó una amplia referenciación de las mejores prácticas internacionales en cuanto al uso de la evidencia científica mediante agencias de evaluación de tecnologías en salud. Este trabajo que referenció países como: Inglaterra, Gales, Australia, Alemania, Holanda, Brasil, Uruguay y Chile sirvió de marco de referencia para la futura creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

De acuerdo con el artículo 92 de la ley 1438 de 2011, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) “será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico Científico y para los prestadores de los servicios de salud.”

EL IETS será una corporación sin ánimo de lucro, de naturaleza mixta de ciencia y tecnología. Este instituto será conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, INVIMA, Colciencias, el Instituto Nacional de Salud y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Fundación FES. EL IETS tendrá en su composición orgánica una asamblea de miembros, un consejo directivo y será dirigido por un Director General a cargo de coordinar áreas técnicas en evaluación de tecnologías en salud, participación, comunicación, apoyo a la implementación, financiero y recursos humanos con sede en la ciudad de Bogotá.

Para el presente año se cuenta con recursos en el presupuesto general de la Nación por \$5.000 millones para su entrada en operación, la cual se estima dará inicio entre Agosto y Septiembre de 2012.

2.10. Política Farmacéutica, Sangre, Donación y trasplante de componentes Anatómicos

Durante el primer semestre de 2012 se radicó formalmente ante el Departamento Nacional de Planeación el documento CONPES propuesto para iniciar el proceso de agenda PRECONPES Y CONPES y hacer los ajustes intrasectoriales con los Ministerios de Educación, la Agencia de Cooperación Internacional de la Presidencia de la República, Ministerio del Medio Ambiente, DANE, Comercio y Colciencias. “La Política Farmacéutica (PF) se presenta en el primer semestre de 2012, a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), cuyo objetivo es desarrollar las estrategias que posibiliten a la población colombiana el acceso equitativo, el uso racional y calidad de los medicamentos y servicios farmacéuticos bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento.

La PF incluye las orientaciones para el aseguramiento de la calidad y efectividad clínica de los medicamentos que se comercializan en el país, desde su fabricación hasta el momento en que estos llegan al consumidor final, se desarrolla en el marco de los principios constitucionales y normativos asociados al derecho a la salud e incorpora elementos de desarrollo del sector farmacéutico considerando la naturaleza, complejidad e interrelaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El uso racional de medicamentos se considerará un eje rector de la PF desde tres dimensiones: racionalidad clínico/terapéutica, racionalidad social y eficiencia económica.

El gobierno nacional reconoce que la formulación e implementación de políticas farmacéuticas es una tarea compleja y suele ocasionar tensiones y disyuntivas porque involucra no solo aspectos sanitarios, sino también cruza cuestiones industriales, ambientales y de ciencia y tecnología. Por ello la formulación del documento se sustentó en una rigurosa metodología para la identificación de los problemas/necesidades del sistema de salud como factor clave para el cumplimiento de los principios rectores de la reforma del sistema de salud, en los avances asociados al documento de Política Nacional Farmacéutica de 2003, incorporando recomendaciones de organismos internacionales y en aquellas mejores prácticas de otras latitudes, pertinentes y aplicables a nuestra realidad local.

La política se diseñó con un enfoque participativo, en el que se consultaron, a representantes de gremios, organizaciones interesadas, academia y expertos. Se realizaron sesiones de discusión y concertación y foros de divulgación abiertos al público y se dispuso de un espacio virtual para comentarios y aportes.

Dado que, para fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y Protección, se requiere un fuerte conocimiento del entorno internacional, para la formulación de este documento un grupo de expertos nacionales e internacionales realizó una detallada revisión de fuentes secundarias y una extensa referenciación internacional, que incluyó cerca de 58 países que representaran contrastes, experiencias exitosas, lecciones aprendidas, países de la región, países OCDE y documentos de organizaciones internacionales como Organización Mundial y Panamericana de la Salud, Unión Europea, Conferencia Internacional de Armonización, Organización Mundial del Comercio, entre otras.

El documento presenta los antecedentes y el marco conceptual a partir del cual se desarrolla la política, destaca el problema central de la situación farmacéutica nacional descrito como el acceso inequitativo de la población a los medicamentos, el riesgo de la calidad de la atención y de la sostenibilidad del sistema, cuyas causas pueden ser clasificadas en cinco grandes problemas: uso irracional de los medicamentos, uso ineficiente de los recursos financieros, ausencia de transparencia de información, distorsiones en el mercado farmacéutico nacional y debilidades del sistema de vigilancia. Con este diagnóstico se desarrollan un conjunto de actividades organizadas en 10 estrategias orientadas a cumplir 8 objetivos específicos. En su apartado final el documento presenta las recomendaciones centrales y el plan de acción para el cumplimiento de los objetivos establecidos”.

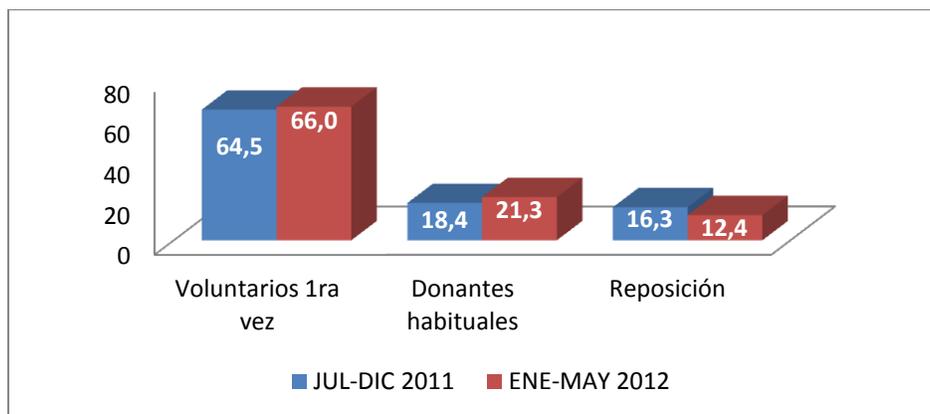
Red de Bancos de Sangre

En Colombia la Red Nacional cuenta en el actualidad con 91 Bancos de Sangre, distribuidos en 26 de los 32 departamentos y el Distrito capital, de los cuales 42,6% (40) pertenecen al sector público, 46,8% (41) al sector privado, 7,4% son de la Cruz Roja (7) y 3,2% pertenecen a las Fuerzas Militares y Policía Nacional (3); aproximadamente funcionan 320 servicios transfusionales en todo el territorio nacional.

Para el periodo julio-diciembre del año 2011 se captaron 347.552 unidades de sangre en total. Estas donaciones provenían de voluntarios habituales (18,4%), voluntarios de primera vez (64,5%), donantes de reposición (16,3%), y un mínimo porcentaje de donaciones autólogas o dirigidas (0,8%).

Para el periodo enero-mayo de 2012, la donación habitual ha registrado el (21,3%) siendo la donación de primera vez la que presenta el mayor porcentaje (66,3%) y la donación de reposición (12,4%). Por lo anterior se espera contar con un incremento en los donantes habituales para poder alcanzar un aumento en la tasa de donaciones por cada mil habitantes.

Gráfico No. 1
Tipo de Donantes de Sangre



Fuente: Red Bancos de Sangre.INS

Red de donación y trasplantes (RDT)

Durante el periodo julio-diciembre de 2011 en Colombia se realizaron 552 trasplantes de órganos. Para el periodo enero-abril de la presente vigencia se han registrado 357 trasplantes.

Cuadro No 20

No. De Trasplantes por Tipo de Órgano

| Órgano | Jul-Dic 2011 | Ene-Abr 2012 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| Riñón | 409 | 242 |
| Corazón | 42 | 33 |
| Hígado | 92 | 67 |
| Pulmón | | 7 |
| Riñón - páncreas | 3 | 2 |
| Intestino | 1 | |
| Laringe-esófago-tráquea | | 1 |
| Riñón - hígado | 3 | 2 |
| Multivisceral | 2 | 2 |
| Corazón-riñón | | 1 |
| TOTAL | 552 | 357 |

Fuente: Red Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos INS

El total de trasplantes realizados en el periodo julio-diciembre de 2011 representa una tasa de trasplantes por millón de población de 25 (DANE, población proyectada 2011: 46'044.601), en el periodo ene-abr de 2012 la tasa fue de 22,6 trasplantes por millón de población. (DANE, población proyectada 2012: 46'581.823).

Para el periodo julio-diciembre de 2011, del total de órganos trasplantados, el 98.6% corresponden a trasplantes de un órgano, el 1,1% a trasplantes combinados y el 0,3% a multiviscerales. El 74.1% de los trasplantes fue de riñón, el 16,7% trasplantes de hígado y el 7,6% trasplantes de corazón, seguido en un porcentaje menor al 1% los trasplantes de pulmón, páncreas, intestino, vías aéreas, trasplantes combinados y multiviscerales.

Para el periodo enero-abril de 2012, del total de órganos trasplantados, el 97.8% corresponden a trasplantes de un órgano, el 1,7% a trasplantes combinados y el 0,6% a multiviscerales. El 67.8% de los trasplantes fue de riñón, el 9.2% trasplantes de corazón, el 18.2% trasplantes de hígado y el 2% trasplantes de

pulmón, seguido en un porcentaje menor al 1% los trasplantes combinados y multiviscerales.

Actividad de Donación

Para el periodo julio-diciembre del año 2011 hubo 260 donantes reales¹¹ y 219 donantes efectivos¹² y para el periodo enero-abril de 2012 fueron 166 donantes reales y 133 donantes efectivos.

De acuerdo con lo anterior, para el periodo julio-diciembre del año 2011 la tasa de donación por millón de población fue de 12,3 (DANE, población proyectada 2011: 46'044.601). Para el periodo enero-abril de 2012 la tasa de donación por millón de población fue de 11.7 (DANE, población proyectada 2012:46.581.823).

Reglamentación de biológicos y biotecnológicos

Desde el segundo semestre de 2011 se comenzó el desarrollo de la propuesta de decreto de Medicamentos Biológicos y Biotecnológicos, propuesta motivada por las siguientes razones:

- Los desarrollos científicos y tecnológicos asociados a la producción de los medicamentos biológicos, y las técnicas analíticas que permiten su caracterización, avanzan aceleradamente y deben ser incorporados a la normatividad sobre registro sanitario y vigilancia, de manera que las autoridades sanitarias puedan cumplir con los objetivos de protección de la salud, los cuales incluyen la adaptación de estándares internacionales de calidad armonizados y pertinentes y la promoción del uso adecuado de los medicamentos.
- Las características de calidad, seguridad y eficacia dependen del material biológico de origen, la complejidad de su estructura, los procesos tecnológicos de su obtención y la evidencia global de investigación y uso, en algunos aspectos especializados difiere de los medicamentos obtenidos por síntesis química.
- Por su costo y perfil de riesgo es indispensable establecer estrategias para la trazabilidad en toda la cadena de comercialización, incluida la disposición de residuos, aprovechando la disponibilidad de tecnologías de punta.

¹¹ Es el donante cadavérico de componentes anatómicos al cual se le aplicó alguno de los mecanismos de donación contemplados en la normatividad vigente para su donación.

¹² Es el donante al cual se le ha extraído al menos un componente anatómico con fines de trasplante.

La propuesta se desarrollo tras la revisión de documentos técnicos de referencia internacional y de las regulaciones adoptadas a nivel mundial y regional realizando profundización en el análisis de las disposiciones de las agencias de vigilancia y control de medicamentos de los Estados Unidos (FDA), la Unión Europea (EMA), Argentina (ANMAT), Brasil (ANVISA), México (COFEPRIS) , y de la misma forma se profundizó en los lineamientos de la OMS.

Este proyecto de decreto ha garantizado la participación ciudadana, estableciendo dos procesos de consulta; el primer proceso de consulta del proyecto se inició el 24 de Enero obteniendo como respuesta 70 comunicaciones con comentarios provenientes de los actores que se muestran en el siguiente cuadro. El segundo proceso de consulta se inició el 23 de mayo de 2012 con la publicación de la segunda versión del proyecto de decreto que incorporó algunas de las sugerencias realizadas por los diferentes actores, obteniendo como respuesta comunicados de los actores, así:

Cuadro No.21
Participación Ciudadana para proyecto de Decreto de
Medicamentos Biológicos y Biotecnológicos

| Actores | Consulta Enero /2012 | Consulta Mayo/2012 |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Organizaciones de Pacientes | 12 | 4 |
| Organizaciones Gremiales | 4 | 4 |
| Ciudadanos y Sociedad Civil | 6 | 0 |
| Industria Farmacéutica | 11 | 1 |
| Agrupaciones de Profesionales | 15 | 0 |
| Profesionales de la Salud | 11 | 3 |
| Academia y centros de investigación | 7 | 1 |
| Internas | 3 | 1 |
| Otras | 1 | 0 |
| Total | 70 | 14 |

F
uente :Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud. MSPS

2.11. Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud

Con el propósito de promover y articular acciones intersectoriales en torno al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, en particular el acceso universal y efectivo a la salud, bajo condiciones de equidad y calidad, garantizando su sostenibilidad y el mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud del país,

la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MSPS se encuentra construyendo la Política Nacional de Talento Humano en Salud.

2.11.1 Calidad y pertinencia del talento humano en salud

En conjunto con el Ministerio de Educación Nacional se inició el proceso de ajuste del marco regulatorio de la relación docencia servicio, buscando fortalecer la calidad y la pertinencia de los programas de formación, a través de instrumentos y procedimientos más claros y expeditos, enfocados en los elementos fundamentales de dicha relación. También se incluyen herramientas que estimulan la autoevaluación y la autoregulación de las instituciones educativas y de salud que participan en los proceso de formación de talento humano.

Con este fin, se construyó un documento técnico que fue socializado en más de 500 instituciones de educación superior y prestadoras de servicios de salud, y sometido a prueba piloto en 8 IPS que actúan como escenarios de prácticas formativas, de diferentes regiones y niveles de complejidad. Como resultado de este proceso se cuenta con un documento técnico concertado y ajustado que será sometido a aprobación de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, para que entre en vigencia a partir del segundo semestre de 2012.

De otra parte, para la formación de auxiliares de la salud, se construyó una propuesta de ajuste a la normatividad para evaluar los programas de formación de auxiliares en salud, con el objeto de mejorar sus condiciones básicas de calidad, los requisitos para la renovación del registro y la relación docencia servicio, desde la emisión de conceptos de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

De manera paralela, se elaboró un documento técnico base para la reglamentación del Sistema de Formación Continua de Talento Humano en Salud, de que trata el artículo 98 de la Ley 1438 de 2011, cuyos destinatarios son los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del servicio público educativo que intervienen directa o indirectamente en el proceso de formación del talento humano en salud.

Con este proyecto se busca estimular la actualización permanente del talento humano, mediante mecanismos que garanticen su acceso efectivo a los cursos y programas de formación continua, sin importar su ubicación geográfica o su capacidad de pago, de tal forma que el país cuente con personal sanitario idóneo y competente, de acuerdo con las necesidades de la población de cada una de sus regiones y las prioridades definidas por las autoridades sanitarias.

El documento técnico y el proyecto de decreto reglamentario Sistema de Formación Continua de Talento Humano en Salud, se encuentran publicados en la página web del Ministerio de Salud y la Protección Social con el fin de recibir los comentarios de los actores interesados y la comunidad en general.

2.11.2 Formación, capacitación e incentivos

A través de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, se atendieron las solicitudes de concepto técnico para los programas de formación en educación superior y auxiliares del área de la salud, como mecanismo para asegurar la calidad de los mismos, según el siguiente detalle:

Cuadro No. 22
Acuerdos sobre Relación Docencia Servicio
de Programas de Educación Superior
2011 -2012

| Instituciones y Programas | N° |
|--|-----------|
| Numero de acuerdos emitidos CITHS. | 87 |
| Instituciones con acuerdos favorables | 53 |
| Instituciones con acuerdos no favorables | 8 |
| Otros acuerdos expedidos | 26 |
| Programas incluidos en los acuerdos | 78 |
| Pregrado | 29 |
| Especializaciones y maestrías | 46 |
| Técnicos y tecnologías | 3 |

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

Cuadro No. 23
Detalle de los Programas de Pregrado incluidos en los
Acuerdos

| Programas | N° |
|----------------------------|-----------|
| Bacteriología | 1 |
| Enfermería | 12 |
| Fisioterapia | 1 |
| Instrumentación Quirúrgica | 2 |
| Medicina | 7 |
| Nutrición y Dietética | 1 |

| | |
|----------------------|-----------|
| Optometría | 3 |
| Terapia ocupacional | 1 |
| Terapia respiratoria | 1 |
| TOTAL | 29 |

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

En forma paralela, se recibieron y evaluaron 595 programas de formación de auxiliares del área de la salud, como se verifica en el siguiente cuadro:

Cuadro No.24
Programas de Formación de Auxiliares
del Área de la Salud Evaluados

| Programa | No. |
|-------------------------------------|------------|
| Auxiliar en Enfermería | 168 |
| Auxiliar en Salud Pública | 59 |
| Auxiliar en Salud Oral | 87 |
| Auxiliar en Servicios Farmacéuticos | 106 |
| Auxiliar Administrativo en Salud | 93 |
| Cosmetología y Estética Integral | 68 |
| Mecánica Dental | 14 |
| Total | 595 |

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

En relación con el fomento y apoyo de la formación de especialistas en áreas clínicas, en el año 2011 se otorgaron 994 nuevas becas crédito y se garantizó la continuidad de 2.097 otorgadas en años anteriores, logrando que el 72% de los profesionales que solicitaron el apoyo en el último año lo obtuvieran. De los profesionales favorecidos con la beca, el 49% realizarán sus programas de especialización en Instituciones Públicas y 51% en Instituciones Privadas.

Los criterios de asignación de las becas crédito, priorizaron las especialidades básicas consideradas prioritarias para el Sistema General de Seguridad Social en Salud como se verifica a continuación:

Cuadro No. 25

Programa de Becas Crédito.
Distribución por Especialidades
2011

| Especialidad | Total 2011 | % |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| Pediatría | 158 | 16% |
| Medicina Interna | 165 | 17% |
| Ginecología y Obstetricia | 122 | 12% |
| Anestesiología | 99 | 10% |
| Cirugía general | 88 | 9% |
| Ortopedia y traumatología | 31 | 3% |
| Psiquiatría | 32 | 3% |
| Radiología | 42 | 4% |
| Oftalmología | 28 | 3% |
| Dermatología | 20 | 2% |
| Otras especialidades | 209 | 21% |
| TOTAL | 994 | 100% |

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud ,MSPSI

Para esto se asignaron recursos del presupuesto nacional por \$24.606 millones, de los cuales \$11.000 millones corresponden al presupuesto del Ministerio de la Protección Social y \$13.606 millones al del ICETEX.

La distribución regional de las becas de la convocatoria del año 2011, según las ciudades donde se efectuaron las solicitudes, se detalla a continuación:

Cuadro No. 26

Programa de Becas Crédito 2011. Distribución por Departamentos

| No | Departamento | Nuevos cupos 2011 | No | Departamento | Nuevos cupos 2011 |
|----|-----------------|-------------------|----|--------------------|-------------------|
| 1 | Bogotá | 264 | 15 | Risaralda | 23 |
| 2 | Antioquia | 181 | 16 | Norte de Santander | 10 |
| 3 | Valle del Cauca | 82 | 17 | Sucre | 12 |
| 4 | Atlántico | 64 | 18 | Cesar | 17 |
| 5 | Santander | 58 | 19 | Magdalena | 6 |
| 6 | Bolívar | 32 | 20 | Quindío | 12 |
| 7 | Caldas | 28 | 21 | La Guajira | 3 |
| 8 | Huila | 28 | 22 | Meta | 3 |
| 9 | Cauca | 21 | 23 | Casanare | 5 |
| 10 | Boyacá | 37 | 24 | Caquetá | 3 |
| 11 | Nariño | 26 | 25 | Choco | 3 |
| 12 | Córdoba | 14 | 26 | Putumayo | 3 |
| 13 | Cundinamarca | 25 | 27 | Arauca | 1 |

| | | | | | |
|-------|--------|----|----|------------|---|
| 14 | Tolima | 33 | 28 | San Andrés | 0 |
| | | | 29 | Guaviare | 0 |
| Total | 994 | | | | |

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MPS

Para el año 2012 se asignaron recursos del presupuesto nacional por \$38.951 millones, a través de los presupuestos del Ministerio de Salud y Protección Social y del ICETEX, para continuar el apoyo a la formación de médicos especialistas en áreas clínicas. Con dicha suma se aspira beneficiar a 1.200 nuevos estudiantes y garantizar la sostenibilidad del apoyo a 2.431 estudiantes que se han incorporado en años anteriores.

Se destaca la condonación de 542 becas crédito a profesionales que culminaron exitosamente su programa de especialización, por un valor de \$14.006 millones.

Frente a la diversidad de perfiles de formación y de desempeño en Medicinas Alternativas y Terapias Alternativas y Complementarias (MA y TAC), y con el fin de avanzar en la reglamentación de la Ley 1164 de 2007, se adelantan acciones para la definición de los perfiles y características de la formación, armonizados con los principios y requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGC-, con el fin de fortalecer la idoneidad del Talento Humano y desde allí, la seguridad, calidad y eficacia en la prestación del servicio.

En este marco se ha realizado un trabajo al interior del Ministerio y con expertos externos representantes de los entornos educativo, gremial y de prestación de servicios, de los Sistemas Médicos de mayor reconocimiento en el país, mediante diferentes mecanismos de participación (Sala Temática - Observatorio de Talento Humano en Salud, talleres, entrevistas, entre otros), que una vez culminado aporte a la definición de una reglamentación sobre la formación y el ejercicio de la Medicina Alternativa y la utilización de las Terapias Alternativas y Complementarias.

2.11.3. Gestión y Ejercicio del Talento Humano

A partir de lo definido en la Ley 1164 de 2007, se ha venido impulsando el Observatorio de Talento Humano en Salud, mediante la ejecución de actividades de búsqueda, revisión, selección, disposición y actualización sistemática de su información y contenidos, armonizando las bases de datos disponibles con sus respectivas observaciones y simulaciones.

Por su parte, en el marco de los lineamientos definidos para el Servicio Social Obligatorio, se realizaron tres (3) procesos de asignación de plazas en instituciones prestadoras de servicios de salud para profesionales en medicina, odontología, enfermería y bacteriología en el periodo comprendido entre junio de 2011 y mayo de 2012, logrando ubicar 2.995 profesionales en instituciones de diferentes características a lo largo del territorio nacional, contribuyendo a mejorar la atención en salud de poblaciones con dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Cuadro No.27
Sorteos de Plazas de Servicio Social Obligatorio

| Sorteo | Medicina | Enfermería | Odontología | Bacteriología |
|----------------|-----------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| jul-11 | 1023 | 267 | 255 | 131 |
| feb-12 | 366 | 105 | 132 | 92 |
| abr-12 | 330 | 123 | 103 | 68 |
| Totales | 1719 | 495 | 490 | 291 |

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

Adicionalmente, se adelantó el proceso de asignación de funciones públicas a los Colegios Profesionales, según lo establecido en los artículos 9 y 10 de la Ley 1164 de 2007, cuyos resultados solo permitieron seleccionar colegios de dos profesiones, Fonoaudiología y Química Farmacéutica, con los cuales se están adelantando las actividades previas a la delegación efectiva de las funciones públicas. Se espera que en el transcurso del segundo semestre de 2012, se realice un nuevo proceso a través del cual se logra la delegación para la mayor parte de las profesiones del área de la salud.

Por otra parte, para garantizar el funcionamiento de los Tribunales Nacionales de Ética Médica, Odontológica y de Enfermería durante la vigencia 2011, adicional a los \$ 760 millones distribuidos mediante resolución 329 de 2011, se gestionó una adición de recursos por valor de \$ 240 millones de pesos. En el mismo sentido, se adelantó el trámite correspondiente para asignar los recursos necesarios para el funcionamiento de dichas instancias en el año 2012, por valor de 1.038 millones de pesos del presupuesto nacional, distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro No. 28
Asignación Tribunales

| Tribunal | Resolución 2740 de 2011 Millones | Resolución 0560 de 2012 Millones |
|-----------------|---|---|
| Medicina | 133.8 | 583.0 |
| Odontología | 49.3 | 253.3 |
| Enfermería | 57.4 | 201.6 |
| Totales | 240.7 | 1.038.0 |

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

En relación con otras gestiones del talento humano en salud, se expidieron 4.683 tarjetas profesionales de médicos, para un acumulado de 73.136 médicos generales acreditados mediante este mecanismo; 135 resoluciones de autorización para el ejercicio de la anestesiología para un total de 2.259 especialistas registrados en esta área.

2.12. Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres

Colombia es altamente vulnerable a situaciones de emergencia o desastre. Producto de los anterior, el país ha vivido una serie de desastres entre los que se destacan las tragedias de Popayán en el año de 1983 luego de un fuerte terremoto; en noviembre de 1985, Armero, en el Departamento del Tolima, fue escenario de una avalancha luego de la erupción del Volcán Nevado del Ruiz, en el año de 1993 la ciudad de Pereira vivió las dramáticas consecuencias de un terremoto, en 1995 ocurrió el desastre en la Cuenca del Río Páez donde un terremoto seguido por una avalancha tuvo consecuencias devastadoras y el Terremoto del Eje Cafetero, ocurrido el 25 de enero de 1999, que ocasionó la muerte a cerca de mil personas y alrededor de 5.000 heridos.

Más recientemente, las inundaciones que ha sufrido el país como consecuencia de eventos como el “Fenómeno de la Niña 2010 - 2011” afectó a un gran número de colombianos que se expusieron al incremento de diferentes patologías que guardan relación con las lluvias y las inundaciones, es el caso de la Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Hepatitis A, Leptospirosis, Enfermedades Transmitidas por Alimentos o por Agua, Accidente Ofídico entre otros. (13). De acuerdo con la información que consolida el Instituto Nacional de

¹³ Idem.

Salud, para la Semana Epidemiológica Nro. 47 de 2011, el accidente ofídico aumentó el 11.22% con relación al año anterior (14). Este fenómeno ocasionó que 486 personas resultaran muertas, 598 heridas y 43 desaparecidas. El número de personas damnificadas para la misma fecha fue de 4.000.858 que corresponden aproximadamente a 943.853 familias (15).

En relación con la actividad volcánica, en el boletín extraordinario de actividad del volcán Nevado del Ruiz, 31 de Marzo de 2012, el Servicio Geológico Colombiano, comunica que la actividad del volcán cambia a: NIVEL NARANJA (II) con un incremento importante en su actividad y la necesidad de activar los planes de contingencia del sector.

Con los recursos dispuestos para los programas de Gestión de Riesgo de Desastres, el Ministerio de Salud y Protección Social ha podido en el último año adelantar entre otras cosas lo siguiente:

Transferencias a los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres CRUE y a los Centros Regionales de Reserva del Sector

Se realizaron transferencias de recursos a un grupo de direcciones departamentales de salud para el fortalecimiento de los CRUE y CRR del sector, con el fin de ser utilizados por las entidades beneficiarias para la 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 en temas relacionados con este fortalecimiento.

Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva del Ministerio de la Protección Social

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.
- Fortalecimiento del Centro Nacional de Comunicaciones, la Sala de Crisis y el Grupo de Atención de Emergencias y desastres del Ministerio.
- Apoyo para el Transporte de Emergencias

¹⁴ Instituto Nacional de Salud.

¹⁵ Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres de Colombia - Debate de Control Político - MPS.

Para el desarrollo de estas actividades se asignaron recursos en el año 2011 por valor de \$ 1.327 millones de pesos y para la vigencia 2012, la suma de \$1.367 millones de pesos, distribuidos a entidades territoriales de salud, como se muestra en el siguiente Cuadro :

Cuadro No. 29
Distribución de Recursos
Centros de Reserva del Sector Salud, Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Centro Nacional de Reserva del Sector Salud
2011 - 2012

| Departamento - Distrito | Valor de la asignación Millones | Departamento - Distrito | Valor de la asignación Millones |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| | Año 2011 | | Año 2012 |
| | Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias | | Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias |
| Barranquilla | 40.0 | Bolivar | 40.0 |
| Cartagena | 40.0 | Atlántico | 40.0 |
| Bolivar | 40.0 | Valle del cauca | 40.0 |
| Atlántico | 40.0 | Cauca | 40.0 |
| Guajira | 40.0 | Huila | 40.0 |
| Magdalena | 40.0 | Sucre | 40.0 |
| | Centros Regionales de Reserva | | Centros Regionales de Reserva |
| Risaralda | 20.0 | Cartagena | 20.0 |
| Cundinamarca | 20.0 | Guajira | 20.0 |
| Córdoba | 20.0 | Risaralda | 20.0 |
| Valle del cauca | 20.0 | Córdoba | 20.0 |
| Santa Marta | 20.0 | Norte de Santander | 20.0 |
| Norte de Santander | 20.0 | Nariño | 20.0 |
| Centro Nacional de reserva | 967.2 | Centro Nacional de Reserva | 1.070.6 |
| TOTAL | 1.327.2 | | 1.367.0 |

Fuente: Resoluciones del M.P.S Nos: 0325 de 2011 y 0403 de 2012

En esta misma línea y a través del proyecto denominado “Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres” se adelantó lo siguiente:

Programa de Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres

Continuando con el proceso de fortalecimiento de las instituciones de salud del país en la formación del recurso humano del sector en el tema de Preparativos Hospitalarios para Desastres y durante el año 2011, fueron asignados recursos por un valor de \$100 millones de pesos, para la elaboración y/o actualización de planes hospitalarios de emergencias, con estos recursos se fortalecieron 82 planes hospitalarios, en igual número de instituciones. Además, se realizaron transferencias de recursos por valor de \$539 millones de pesos de acuerdo con la Resolución No. 0459 de 2011, para la implementación de seis (6) Planes Hospitalarios de Emergencias de instituciones prestadoras de servicios de salud que corresponden a: ESE Hospital Universitario San José de Popayán, ESE Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia, ESE Hospital Susana López de Valencia de Popayán, ESE Hospital Francisco de Paula Santander de Santander de Quilichao, ESE Hospital la Misericordia de Calarcá y Hospital Luis Alejandro Perez de Inzá – ESE Tierradentro.

Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología

En el transcurso de la vigencia 2011, se asignaron recursos por valor de \$100 millones de pesos con los se suscribió un convenio interadministrativo con la Universidad Nacional de Colombia – Centro Nacional de Información Toxicológica, con el fin de fortalecer la Red Nacional de Toxicología (RENATO), para prestar asesoría al personal de salud para el manejo de pacientes afectados por sustancias tóxicas y fortalecer los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres CRUE y a los Centros Regionales de Reserva del Sector de los departamentos de Cesar, Antioquia, Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Magdalena, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y el Centro Nacional de Reserva del Ministerio de la Protección Social.

Asistencia técnica Respuesta institucional de respuesta

También se fortaleció las actividades en la respuesta institucional a través de un equipo, con el fin de brindar asistencia técnica a las entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud en todo el territorio nacional, en la asistencia y prevención de emergencias y desastres.

Para la vigencia 2012, se asignaron al proyecto de Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres recursos por un valor de \$ 1.000 millones de pesos.

Plan Nacional de Salud Rural

La finalidad de este programa es desarrollar actividades que permitan una mejor calidad de vida para la población rural y sin capacidad de pago del país en municipios de menos de 50 mil habitantes, esto a través del desarrollo de actividades y programas que mejoren la prestación de los servicios de salud dirigidos a esta población. Para la vigencia 2011 se realizó una apropiación inicial por valor de \$8.977 millones, con los que se pudieron apoyar noventa y ocho (98) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

Para la vigencia 2012, se tienen dispuestos recursos por \$9.246 millones de pesos, con los cuales se espera apoyar aproximadamente cien (100) nuevos proyectos.

Apoyo a Programas de Desarrollo de La Salud

La finalidad de este programa es desarrollar actividades que permitan mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud en instituciones de salud de carácter pública en poblaciones urbanas y marginales mayores de cincuenta mil habitantes. Para la vigencia 2011, se realizó una apropiación inicial por valor de \$ 2.953 millones, con los que se pudieron apoyar veintitrés (23) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

Para la vigencia 2012, se dispone de recursos por valor de \$3.042 millones de pesos, con los cuales se espera apoyar aproximadamente cincuenta (50) nuevos proyectos.

Proyecto Mejoramiento de La Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Transito (Subcuenta Ecat – Fosyga)

Es importante anotar, que 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 esta 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 la vigencia 2011, se asignaron recursos por valor de \$25.000 millones de pesos, estos recursos fueron distribuidos a través

de las Resoluciones 4260 y 5236 de 2011, fortaleciendo a 13 instituciones del país.

A través del proyecto Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito – Subcuenta ECAT – FOSYGA, para la vigencia 2012, se asignaron recursos por medio de la Resolución No. 0149 de 2012, por valor de \$25.000 mil millones de pesos, para el Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

2.13. Telemedicina

Se está adelantando en conjunto con la Oficina de Tecnologías de Información del Ministerio de Salud y Protección Social, el proyecto de salud electrónica cuyo objetivo es formular e implementar la estrategia de salud electrónica para todos los procesos del sector salud colombiano, de manera progresiva, para mejorar la efectividad, eficiencia y sostenibilidad del sistema y el bienestar y ejercicio de derechos de la población.

En el marco de este proyecto se están formulando tres subproyectos con un planteamiento de desarrollo a 10 años a saber:

- Historia clínica electrónica Unificada
- Telemedicina
- Facturación electrónica

Estos tres subproyectos se desarrollan en torno a las necesidades de los usuarios no solamente como sujetos pasivos sino participativos y tienen en común componentes tan importantes como:

- La definición de la infraestructura técnica
- La definición de los estándares de interoperabilidad (semánticos y técnicos)
- La definición de la arquitectura del sistema (técnicos y organizacionales)
- Verificación y certificación del cumplimiento de estándares
- Gestión del conocimiento
- Desarrollo del talento humano
- Investigación desarrollo e innovación
- Intersectorialidad
- El desarrollo de los servicios
- La participación amplia de los actores directos y de otros sectores, de los cuales se dará amplia participación a la academia.

Se está apoyando el desarrollo del proyecto “Protocolos Regionales de Políticas Públicas en Telesalud” para América Latina, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, que tiene como propósito generar un conjunto de protocolos regionales de políticas públicas, armonizados y acordados, sobre bienes y servicios de Telesalud. En el proyecto participan ministerios y universidades de Brasil, Venezuela, Salvador, Argentina, Méjico, Ecuador, Chile, Perú, Uruguay, Guatemala, Costa Rica, Uruguay, Colombia, Panamá, Bolivia, Guayana y Surinam.

El proyecto entre otros objetivos, pretende generar un modelo de formación y certificación de personal médico y de personal de gestión tecnológica aceptado por todos los países, motivo por el cual los líderes del mismo organizaron un curso que pretende formar dirigentes de Telesalud para América Latina.

El curso fue estructurado a partir de las experiencias exitosas de los países latinoamericanos por la facultad de medicina de la Universidad de Minas Gerais con el Ministerio de Salud de Brasil, participaron entre otros, la OPS, CEPAL la red universitaria de telemedicina; la facultad de salud pública de la universidad de Sao Paulo.

El curso cuenta con la participación de dirigentes de Telesalud de la región amazónica y es también producto del esfuerzo de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica – OTCA - y OPS. Tiene inscritos 387 alumnos de 16 países. Tendrá una duración de cuatro meses, con una carga semanal de cuatro horas. Los alumnos serán acompañados por tutores capacitados por la Organización Panamericana de la Salud/OPS.

Colombia propuso 33 alumnos, para lo que se gestionó su inscripción de acuerdo con los requisitos enviados por la coordinación del proyecto. Los inscritos por tipo de institución tienen la siguiente distribución:

Cuadro No. 30
Instituciones Inscritas

| Tipo de Institución | # de Inscritos |
|------------------------------------|----------------|
| Dir. Territoriales de Salud | 2 |
| Empresa privada | 1 |
| Instituto Nacional de Cancerología | 1 |
| IPS | 3 |

| | |
|----------------------|-----------|
| Dirección TIC MSPS | 1 |
| MSPS | 16 |
| Supersalud | 2 |
| Universidades | 7 |
| Total general | 33 |

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

Se constituyó con OPS la mesa de e-salud donde se propuso la armonización de las líneas de la OPS con las del proyecto del BID y se identificaron posibles líneas de cooperación teniendo como referente lo desarrollado en Chile, así:

- Diseño de estrategias de salud electrónica
- Colaboración directa en mesas de trabajo
- Colaboración indirecta
- Colaboración transversal para integración al proyecto eSAC
- Mapeo de soluciones adelantadas en las regiones
- Apoyo para la definición de Estándares
- Apoyo al desarrollo proyectos regionales: áreas de demostración

Entre otras acciones adelantadas se describen:

- Se adelanta una revisión de las experiencias nacionales e internacionales que se sistematizarán y serán insumo para la formulación del proyecto de salud electrónica.
- Se proyectó la propuesta de reglamentación de la Comisión Asesora de Telesalud, el cual esta en discusión en la mesa técnica de salud electrónica del Ministerio.
- Se está desarrollando una propuesta de procedimientos operativos estandarizados para los servicios de telesalud en el país, la cual deberá ser presentada al país antes de finalizar el año, la que orientará sobre:
 - Lineamientos para la presentación seguimiento y evaluación de actividades de teleeducación en salud
 - Los procedimientos operativos estandarizados para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina para los siguientes escenarios:
 - Domiciliario y comunitario
 - Pre hospitalario
 - Consulta externa (general y especializada)
 - Urgencias
 - Cuidado de paciente hospitalizado
 - Cuidado de paciente críticamente enfermo
 - Ayudas diagnósticas (imágenes, laboratorio y complementarios).

- Se brindó asistencia técnica a las Direcciones Territoriales para la consolidación de los programas de telemedicina que adelantan en las regiones.
- Se está en articulación permanente con el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para gestionar y facilitar proyectos de conectividad que incluyan los prestadores públicos
- Se está actualizando en conjunto con la Oficina de TIC del Ministerio de Salud y Protección Social y el programa Compartel del Ministerio de TIC el mapa de conectividad de los prestadores públicos
- Se le realizó seguimiento y se actualizó el inventario de capacidad informática de las direcciones territoriales de salud, e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud

2.14 Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS

Con el propósito de garantizar servicios de mayor calidad, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011, la Oficina de Calidad del MSPS ha planteado fortalecer y articular los esquemas actuales de seguimiento y evaluación, a través de la organización de un sistema de evaluación y calificación de actores en el marco del SGSSS, que permita realizar la evaluación integral de sector y contar con información más detallada y precisa sobre su desempeño.

El sistema se orienta a consolidar los resultados de múltiples instrumentos de seguimiento y evaluación actualmente en funcionamiento, tales como: vigilancia de los eventos de salud pública, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Registro Integral de Servicios de Salud (RIPS), entre otras y en articulación con el proceso del Plan Decenal de Salud Pública, e instituciones como la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud.

Se definió e inició un plan de trabajo por fases, que tiene como objetivo la construcción del Sistema de Evaluación y Calificación ordenado por el artículo 111 de la Ley 1438, constituyendo uno de los instrumentos para disponer de indicadores de evaluación que servirán entre otras finalidades de insumo para la Evaluación Integral del SGSSS que la Ley ordena se realice cada cuatro años. La primera fase definió y estructuró 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 objetivos discutidos con expertos metodológicos y técnicos al interior del Ministerio y en el marco de las prioridades nacionales en salud y los objetivos del SGSSS. La tercera fase plantea afinar los indicadores propuestos, mediante un proceso discusión técnica con equipos especializados de universidades, centros de investigación, sociedades y asociaciones científicas y

los aseguradores y prestadores de salud. En la cuarta fase se realizará la definición de los criterios de evaluación y calificación y se tomarán las medidas para la estabilización del sistema. Cabe anotar que en las fases se tiene presente la referenciación internacional, ya sea para la definición de indicadores o metodologías de trabajo.

Fase 1. Estructuración matriz de indicadores

En primera instancia se realizó una revisión de las exigencias de información que fueron ordenadas por la Ley 1438, para articularlas con los indicadores, reportes y evaluaciones que se generan periódicamente. En dicha revisión, se encontró que veinte artículos de la Ley mencionan explícitamente el uso de indicadores de seguimiento y evaluación; de ellos, 12 (60%) buscan hacer seguimiento a las condiciones de salud de la población; 25% a temas de gestión fiscal y financiera y el 15% restante a temas de calidad en la prestación de los servicios. Por otra parte, 7 artículos implican la elaboración de reportes puntuales que permitan informar sobre diferentes aspectos de funcionamiento del sistema y 4 otorgan lineamientos para la construcción y uso de indicadores.

Partiendo de la base de aprovechar los insumos existentes, se visualizaron más de seiscientos indicadores, de los cuales, el 45% corresponden a la categoría de logros en salud; el 22% a la calidad en la atención y el 11% se asocia con la medición del desempeño de las instituciones. Así, se estructuró el catálogo unificado de indicadores y se abrió la posibilidad a los equipos técnicos del Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud, aportaran medidas nuevas que fueran útiles para evaluar a los actores. El catálogo unificado de indicadores se define en cuatro categorías básicas y divididas en subcategorías, presentadas en el siguiente cuadro. Las categorías definidas, buscan dar cuenta de la perspectiva transversal que caracteriza el proceso de atención de la salud y consolidar una matriz de indicadores que trasciende la visión sectorial asociada a la institucionalidad del MSPS

Cuadro No. 31

Estructuración de Indicadores

| 1. Resultados / Logros en Salud | 2. Calidad de la atención |
|---|--|
| 1.1 Salud Infantil | 2.1 Accesibilidad y oportunidad |
| 1.1.1 Mortalidad Perinatal | 2.1.1 Oportunidad en los tiempos de respuesta |
| 1.1.2 Mortalidad Infantil (menores de un año) | 2.1.2 Atención en el embarazo y el parto |
| 1.1.3 Mortalidad en Primera Infancia (menores de 5 años) | 2.1.3 Barreras de acceso |
| 1.1.4 Morbilidad infantil | 2.1.4 Otros |
| 1.2 Salud Materna | 2.2 Calidad Técnica |
| 1.3 Enfermedades transmisibles | 2.3 Satisfacción del Usuario |
| 1.3.1 Mortalidad por Enfermedades Transmisibles | 2.4 Seguridad del Paciente |
| 1.3.2 Morbilidad por Enfermedades Transmisibles | 3. Desempeño de las Instituciones |
| 1.4 Enfermedades crónicas | 3.1 Riesgo/Gestión Fiscal y Financiera |
| 1.4.1 Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles | 3.2 Eficiencia |
| 1.4.2 Morbilidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles | 3.3 Gestión Institucional |
| 1.5 Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas | 4. Indicadores generales del sistema de salud |
| 1.6 Salud Sexual y reproductiva | 4.1 Coberturas |
| 1.7 Seguridad Alimentaria y Nutricional | 4.2 Financiación y Gasto |
| 1.8 Promoción de la salud y prevención primaria | 4.2.1. Fuentes |
| 1.9 Discapacidad | 4.2.2. Flujo de Recursos |
| 1.10 Mortalidad y morbilidad en ambientes laborales | 4.2.3. Gasto en Salud |
| 1.11 Otros | 4.3 Recursos (no financieros) del sistema de salud |
| | 4.4. Otros |

Fuente : Oficina de Calidad

Revisada la referenciación externa de experiencias exitosas del Brasil en el tema, se concluye que hay necesidad de homologar esta experiencia en el país, iniciando la revisión de fuentes con el DANE y la actualización de la resolución 3384 de 2000, en función de la actividades de prevención reportadas por las EPS.

Fase 2: Priorización de los indicadores y estructuración de la información existente

Para contar con una matriz más depurada, se realizó una priorización y calificación de indicadores que; i) fueran exigidos explícitamente por la Ley; ii) estuvieran incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo o en los indicadores de seguimiento al

sector; iii) fuesen disponibles y oportunos; iv) evaluaran específicamente alguno de los actores objeto; v) contarán con comparación internacional; y vi) permitiera la evaluación de la situación en salud de los niños, niñas y adolescentes. De este ejercicio, se obtuvo una base de 189 indicadores, de los cuales 81 hacen parte de la batería para evaluar las EPS, 30 para evaluar IPS, 49 para evaluar a las Entidades Territoriales y 29 para evaluar el Sistema en general.

Con este grupo de indicadores, se pasó a la revisión y actualización de las fichas técnicas para los indicadores existentes. Definidas las fichas, se realizó un primer informe que muestra los resultados de los indicadores disponibles para cada uno de los actores evaluados y permite evidenciar para qué indicadores no existe actualmente información disponible y por lo tanto se debe entrar a reglamentar su reporte o qué indicadores deben ser mejorados en cuanto a oportunidad y calidad.

Partiendo del ordenamiento, procesamiento y cruce de las fuentes de información, se hace una medición puntual de los indicadores para obtener una visión del Sistema y de los actores cuya información discriminada permita una primera aproximación. Además de la medición en sí, permite dar a conocer el diagnóstico objetivo y concreto del estado del sistema de información existente actualmente y el desafío que tiene el Ministerio para su mejoramiento. Una de las ventajas de la batería de indicadores consiste en que la información se ha estructurado para ser manejada a través de filtros que permitan catalogar cada indicador por áreas temáticas, por actor evaluado, por el tipo de reporte de información o por la clase de indicador.

El Ministerio está trabajando coordinadamente con la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud para que los esfuerzos que realizan esas entidades en la recolección de información sobre el comportamiento del SGSSS estén integrados al Sistema de Evaluación y Calificación. Se han recibido las observaciones de estas entidades así como reportes de información que nutren el Sistema.

Fase 3: Proceso de discusión técnica

El MSPS da una prioridad especial a la discusión con los actores del sistema en la construcción y puesta en marcha del Sistema de Evaluación y Calificación, así se realizarán una serie de jornadas técnicas de discusión para la presentación de los indicadores priorizados¹⁶. En estas sesiones se busca, a través de una

¹⁶Es importante anotar que este proceso de discusión técnica servirá de insumo para discusiones en escenarios más amplios como los que se proponen para la construcción del Plan Decenal de Salud Pública o el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad.

metodología de discusión técnica, recoger de los equipos especializados de universidades, centros de investigación, sociedades científicas, EPS e IPS, insumos basados en evidencia que permitan afinar la propuesta. La participación de estos actores se circunscribe a los aspectos técnicos de la definición del indicador o a las posibilidades existentes para recolectar la información faltante. El resultado de esta fase es la batería definitiva de indicadores priorizados que serán utilizados para la evaluación de EPS, IPS y Entidades Territoriales y que incluye dichas observaciones técnicas.

Fase 4: Definición de criterios de evaluación y calificación y estabilización del sistema

El Ministerio ha venido trabajando de manera paralela en la reglamentación de la estructura del Sistema de Evaluación y Calificación. Esta reglamentación alcanzará su versión definitiva una vez se surta la fase anterior y se cuente con la batería definitiva de indicadores. Esta reglamentación incluye: i) las dimensiones, categorizadas por resultados en salud, calidad de la atención y desempeño de las instituciones; ii) detalla las responsabilidades; iii) la forma de participación de la sociedad civil en los procesos de discusión; iv) define los criterios de calificación de los actores evaluados, las diferencias territoriales y los medios de verificación y triangulación de información; v) el proceso de implementación del sistema - de las líneas de base, metas y la comunicación y difusión de los resultados; iv) la batería de indicadores definitivos.

Para este cometido, se debe revisar la normatividad existente, los recursos tecnológicos y realizar los ajustes necesarios que garanticen la sostenibilidad del sistema en el mediano y largo plazo, fortaleciendo la herramienta para tomar decisiones sustentadas en información oportuna y de calidad.

Finalmente, en el mediano y largo plazo, el Ministerio estabilizará el Sistema mediante la integración de fuentes de información en todas las áreas del Ministerio y en otras entidades involucradas, asegurará el mejoramiento de calidad y cobertura y calidad de algunas de ellas y concertará la unión o desaparición de otras, para lograr la construcción de un mapa único de fuentes que alimente de manera confiable y sostenible el Sistema diseñado.

Este Sistema de Evaluación y Calificación, en cumplimiento con las directrices establecidos por la ley y en vía de mejorar el nivel de información y ofrecer mayores herramientas en la toma de decisiones en el sector a partir de los avances, resultados e impactos de las respectivas políticas, programas y proyectos, hace parte del Sistema de Seguimiento y Evaluación (SyE) del Sistema de la Protección Social, con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo,

especialmente en lo relativo al Art. 228 de la vigente Ley 1450 de 2011 (y en lo referente al capítulo 7 “Soportes Transversales de la Prosperidad Democrática” apartado “A. Buen Gobierno, Participación Ciudadana y Lucha Contra la Corrupción” de las bases del mismo) y en obediencia de la Ley 1438 de 2011¹⁷, en coordinación con otras dependencias del Ministerio, diferentes entidades del gobierno nacional y otros actores públicos y privados relacionados con el sector.

El Sistema de Seguimiento ha sido diseñado para que comprenda un ciclo que se inicia con el levantamiento y construcción de insumos básicos como lo son: baterías de indicadores (de gestión, desempeño, producto, resultado), presupuestación, Proyectos de Inversión Nacional; informes y balances de políticas, estudios y evaluaciones, entre otros productos, que generan conocimiento y que terminan en la definición de ajustes de política para dar inicio nuevamente al ciclo.

El Sistema de Seguimiento y Evaluación ha generado instrumentos técnicos que redundan en el fortalecimiento de las actividades de seguimiento y evaluación a nivel de todo el sector y que apoyan al Ministerio en su capacidad de ente rector y formulador de la política sectorial y en sus procesos de toma de decisiones. Dicho sistema busca principalmente afianzar el desarrollo institucional para el seguimiento y evaluación tanto en las direcciones técnicas del Ministerio como en las otras entidades del sector. Evidencia de ello es que el trabajo realizado ha sido fundamental, entre otros para el desarrollo de la batería de indicadores de desempeño de los diferentes actores del Sistema, tableros de control y elaboración de propuestas para el Plan Estratégico Sectorial.

Con respecto al seguimiento a las políticas, se lleva a cabo un monitoreo a los objetivos generales y específicos definidos en el sistema a través de indicadores de seguimiento, líneas de base y metas.

2.15. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional

2.15.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

¹⁷ La Ley 1438 de 2011, “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, dispone, entre otros aspectos, en su artículo 2, que el Gobierno Nacional definirá metas y resultados de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema y en su artículo 108, que el Ministerio “deberá establecer indicadores de salud (...) que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud”. Finalmente, en su artículo 111, dispone que el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud.

El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta es una Empresa Social del Estado, cuya función básica es ser centro de referencia de alta complejidad en la asistencia médica a personas con enfermedades de la piel, en especial con Lepra y Leishmaniasis y, en la formulación de políticas, planes, programas y normas para el desarrollo del sistemas de salud en el área dermatológica, para el fomento de las salud, la prevención y el control de en enfermedades, así como respecto de sus factores de riesgo.

En cuanto a su gestión, enmarcada dentro del Objetivo Sectorial de "Prestación de Servicios de Salud" y en el transcurso del periodo referenciado se destacan las siguientes actividades:

El indicador de satisfacción del cliente alcanzó un 98,35% en el primer trimestre del 2012, superando la meta propuesta del 96%.. El mecanismo que ha contribuido no solo a garantizar sino a superar la meta propuesta, está relacionado con el número de dermatólogos sub-especializados que tiene la entidad para atender la consulta especializada y la formación de los residentes que hacen parte del convenio docente asistencial con diferentes universidades, contribuyendo a mejorar la relación médico paciente y especialmente, el trato al usuario, el cual se ubicó en el cuarto trimestre de 2011 en el 97,54% de satisfacción global. Así mismo, el indicador de Oportunidad de Cita para el primer trimestre de 2012, fue de 6 días, cumpliendo la meta propuesta y mejorando la ejecución del año anterior, lo que se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 32
Indicadores del Servicio

| Indicador | Unidad | 2011 | Meta 2012 | I Trim. 2012 |
|---|-----------|---------|-----------|--------------|
| Servicios brindados (consultas, procedimientos, cirugías, terapias) | Servicios | 119.981 | 118.000 | 28.547 |
| Oportunidad de Cita | Días | 9,8 | 14 | 6 |

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Intranet/Saturno-calidad-Base registro de datos

La principal estrategia de promoción y prevención es el programa "Escrito en la Piel" que se ha convertido en el único espacio dentro de la televisión colombiana en donde la piel es la principal protagonista, el programa se presenta por el Canal Uno, todos los domingos de 12:30 PM a 1:00 PM. "Escrito en la Piel" es parte importante de la estrategia nacional de promoción y prevención en salud pública

denominada “En Pro de la Caricia”, integrada por una serie de comunicaciones, internas y externas. La meta de Raiting para este programa para el año 2012 es de 6.000.000 millones de televidentes, registrándose una teleaudiencia de 1.395.000 millones en el trimestre I , lo que equivale al 24% de lo programado.

La Entidad organizó un Curso de Dermatología Sanitaria durante el segundo semestre de 2011, en convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social por valor de \$500 millones que contó con la asistencia de 659 profesionales de la salud (médicos, enfermeros, bacteriólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales), en promoción y prevención de leishmania, Hansen y cáncer de piel. El curso tuvo un componente presencial y otro virtual, llevados a cabo en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga.

La Oficina de Docencia e Investigación está ejecutando 17 proyectos de investigación, los cuales han permitido la vinculación de nuevo personal en formación (jóvenes investigadores y vinculación de estudiantes de maestría). De otra parte, dos de los proyectos del grupo de Dermatología Tropical en la línea de Leishmaniasis obtuvieron cofinanciación por parte de Colciencias, lo que posibilitó la adquisición de equipos que facilitan el crecimiento estructural del área de investigación.

Cuadro No. 33
Indicadores de la Oficina de Docencia e Investigación

| Indicador | 2011 | Meta 2012 | I Trim. 2012 |
|-----------------------------------|------|-----------|--------------|
| Número de publicaciones indexadas | 4 | 3 | 2 |
| Número de publicaciones sometidas | 7 | 7 | 4 |

| | 2011 | 2012 |
|---|---------------|---------------|
| Número Proyectos de Investigación | 17 | 15 a la fecha |
| Cofinanciación Colciencias (millones) | \$ 236 | \$ 212 |
| Recursos Propios | \$ 409 | \$ 299 |
| Total | \$ 645 | \$ 511 |

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Oficina de Investigación y Docencia

En el segundo semestre de 2011, se inició la implementación del Modelo Integral de Medicamentos para el período 2011-2013, cuyo objetivo es optimizar la selección, adquisición, distribución y uso de los medicamentos, a fin de mejorar la atención ambulatoria del paciente dermatológico en el Centro Dermatológico.

La Junta de Acreditación en Salud, en su sesión del 31 de enero de 2012 (ratificada por el Consejo Directivo del ICONTEC el 3 de febrero de 2012), aprobó mantener la categoría de Institución Acreditada a la E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

El 2 y 3 de febrero del año 2012, la institución recibió la visita por parte de los pares académicos de CONACES en busca de la verificación de cumplimiento de los estándares para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario. Hasta la fecha no se ha recibido la respuesta de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

2.15.2 Instituto Nacional de Cancerología

El Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. es órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social y demás entidades relacionadas en la determinación, formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos de investigación, vigilancia, docencia, prevención, diagnóstico precoz, atención, tratamiento y control de enfermedades neoplásicas.

El trabajo constante del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, tiene como fin proveer al enfermo del cáncer de todos los beneficios terapéuticos, psicoafectivos y socioeconómicos necesarios, para el mejor manejo y control de la enfermedad, aún en aquellos casos en donde la curación no sea posible.

Mediante el desarrollo de capacidades técnicas y científicas, el Instituto Nacional de Cancerología también hace parte de redes de conocimiento internacionales relacionadas con el control del cáncer a través de la constitución de alianzas con centros académicos y agencias multilaterales.

Se realizó la apertura de dos unidades de cuidado intensivo, lo que permitió la organización del cuidado crítico institucional, el cual incluye hoy un servicio de UCI quirúrgica con 11 camas, una UCI médica con 10 camas y una UCI pediátrica con 6 camas. Este cambio contribuyó a tener una mejor oportunidad en la atención quirúrgica de nuestros pacientes y adicionalmente brindar atención a pacientes pediátricos y a pacientes con patología no quirúrgica.

Un aspecto relevante ha sido la revisión de las dinámicas de atención, por la cual se han ajustado procedimientos en diferentes servicios siendo quizás uno de los de mayor impacto, el efectuado en el servicio de GAICA (urgencias oncológicas).

Cuadro No. 34
Indicadores de Resultado
INC. 2011 - 2012

| Descripción | Máximo Aceptable | Unidad De Medida | 2011 | 2012 | | | | |
|--|------------------|------------------|-------|-------|---------|-------|-------|------|
| | | | Total | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo |
| Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada medicina interna | 30 DIAS | Días | 5,2 | 10,6 | 8,7 | 4,5 | 3,2 | 3,3 |
| Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada Ginecología | 15 DIAS | Días | 8,5 | 3,2 | 2,6 | 4,2 | 4,5 | 3,2 |
| Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada Pediatría | 5 DIAS | Días | 2,1 | 1,5 | 3,2 | 1,5 | 2,4 | 1,0 |
| Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada Cirugía General | 20 DIAS | Días | 5,8 | 5,1 | 2,5 | 2,6 | 2,3 | 2,0 |
| Proporción de cancelación de cirugía programada | 12% | % | 5,8 | 7,1 | 6,2 | 5,3 | 5,4 | 8,2 |
| Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias | 30 | Minutos | 42,6 | 16,7 | 30,1 | 18,9 | 97,6 | 48,8 |
| Oportunidad en la Atención en servicios de Imaginología. | 10 | Días | 0,7 | 2,6 | 1,5 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Oportunidad en la realización de cirugía programada | 15 | Días | 20,6 | 16,2 | 19,1 | 19,0 | 18,1 | 16,0 |

Fuente: Sistema de Información SAP. - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

De otro parte, teniendo en cuenta las condiciones clínicas de los pacientes, se presenta una alta frecuencia de paro cardio-respiratorio (en promedio 10 por mes). Para ello, se conformó una mesa de trabajo en "código azul" identificando los aspectos que fueron fortalecidos a través del entrenamiento especial para los trabajadores de salud, mejorar la disponibilidad de insumos, reforzar el conocimiento de aspectos médico legales, éticos y de comunicación con la familia.

Adicionalmente, se desarrolló el programa de atención oncológica segura que promueve la gestión del evento adverso en los procesos de atención institucional, manteniéndose la revisión de los registros y el análisis correspondiente. El resultado de la gestión es la identificación en promedio mes de 8 eventos adversos, que requirieron plan de mejora.

Se presentó a la Dirección General del INC la propuesta de prueba piloto de unidad de Atención Integral de Cáncer, la cual será desarrollada en el segundo semestre de la vigencia en curso.

Por su parte, los Centros de excelencia presentan, los siguientes logros:

Tumores Neuroendocrinos: ofreció herramientas diagnósticas y terapéuticas eficientes y adecuadas para pacientes con diagnóstico de tumores neuroendocrinos, que conllevó a una disminución de la morbilidad por esta causa y adicionalmente mejorar la sobrevida libre de progresión para este grupo de patologías.

Atención del Niño con Cáncer: en alianza realizada con el Instituto de Cáncer Dana-Farber Cáncer Institute se ha logrado desarrollar el modelo de atención del niño con cáncer, logrando mejorar la supervivencia de los pacientes, reducir el abandono, la muerte tóxica e implementar el registro POND, así como también se logró el apoyo de los proyectos psicosociales.

Patología Molecular: se destaca la incorporación de tecnología para aplicación de pruebas para diagnóstico molecular Equipo Light Cycler 480 II; Estandarización de la prueba Análisis mutacional del Gen K – RAS mediante Q-PCR (reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real-cuantitativa) para pacientes con adenocarcinoma de colon estadio metastático.

Medicina Nuclear: se puso en funcionamiento una nueva unidad de medicina nuclear que incluyó la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), representando un avance importante para el diagnóstico, la estadificación y el seguimiento de los pacientes oncológicos. Junto con el PET se dio al servicio una nueva radiofarmacia, la cual produce radiofármacos en un ciclotrón que tiene capacidad para producir no solo FDG sino también otros marcadores de mayor precisión en entidades oncológicas específicas, así como una capacidad de producción que nos permitirá en el futuro brindar estos servicios a otras unidades de PET en Colombia.

En el terreno de la docencia, se logró la apertura de ocho programas de segunda especialidad, en el marco de un convenio con la Universidad Militar Nueva Granada: Cirugía Oncológica, Oncología Radioterápica, Urología Oncológica, Ginecología Oncológica, Dolor y Cuidados Paliativos, Ortopedia Oncológica, Cirugía Gastro-Intestinal Oncológica y Pediatría Oncológica.

El INC maneja adicionalmente 31 convenios docentes por los que rotaron más de 750 estudiantes. Estos convenios nos permitieron recibir estudiantes de pregrado,

primera especialidad, enfermería, instrumentación y estudiantes de física médica, entre otros.

Otros aspectos relevantes en la gestión incluyeron acciones conjuntas para la implementación de cursos virtuales, dirigidos a la enseñanza de técnicas de inspección visual para tamización del cáncer de cuello uterino y la toma adecuada de la citología.

El INC obtuvo la certificación en Buenas Prácticas Clínicas, la cual es válida por 5 años y permite el desarrollo de protocolos de investigación experimental con medicamentos en seres humanos, en las modalidades de servicio y complejidad de acuerdo a los servicios certificados en el sistema único de habilitación.

Se sometió la Revista Colombiana de Cancerología a la convocatoria de recategorización de revistas en el Sistema Nacional de Indexación y Homologación de Revistas Especializadas de CT+I de Colciencias, en la categoría C..

Se llevó a cabo la III Jornada de Investigación en Cáncer 2011, que contó con la participación de 120 personas. Se presentaron 26 ponencias orales y 17 carteles.

Se dio inicio a la auditoría en BPC al Laboratorio clínico del INC, en el mes de mayo de 2012.

El Instituto trabaja por el control del cáncer buscando impactar, no sólo a partir de la atención individual especializada sino a través de acciones colectivas de salud pública, sobre la población colombiana.

El INC cuenta con cinco programas de salud pública, a saber: vigilancia epidemiológica del cáncer, vigilancia de políticas y legislación del cáncer y sus factores de riesgo, control del riesgo, detección temprana y Red de Cáncer..

En lo relacionado con prevención, en convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social se diseñaron las Advertencias Sanitarias 2012-2013, con los siguientes temas: bajo peso al nacer, cáncer de laringe, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, infarto agudo de miocardio y toxicidad del humo.

En convenio con el MPS se realizó una encuesta para conocer la opinión pública sobre el consumo de cigarrillo y la legislación vigente en Colombia respecto al tabaquismo. También se diseñó e implementó, la estrategia “Playas y Parques Libres de Humo”. Con esta estrategia se realizaron conciertos en Bogotá, Santa Marta, Cartagena y Bucaramanga, con un total de 10.700 asistentes.

Se consolidó la estrategia de redes sociales “No Fumar es la actitud” en Facebook, Twitter y Blogspot.

En detección temprana, se elabora el documento Política institucional de programas de Salud Pública para el control del cáncer. Se inició la implementación de un sistema de gestión de la calidad para los programas de salud pública con proyección nacional.

En relación con la tamización para cáncer de cuello uterino mediante técnicas de inspección visual, se incluyeron 2.129 mujeres en la implementación de un programa de tamización en cinco regiones apartadas de Colombia, con alta mortalidad por cáncer de cuello uterino.

De otro lado, en tamización para cáncer de cuello uterino mediante pruebas de ADN-VPH se iniciaron las actividades del laboratorio para el procesamiento de pruebas en el INC logrando la inclusión de 2.893 mujeres tamizadas en un proyecto de investigación.

En cuanto a la detección temprana de cáncer de mama se logró definir y conformar una estructura organizacional de programa piloto para la detección temprana de cáncer de mama con la inclusión de las universidades regionales, secretarías distritales de salud, aseguradores y red de prestadores de servicios en 6 ciudades de Colombia con alta prevalencia de cáncer de mama (Bogotá, Bucaramanga, Cali, Neiva, Pereira y San Andrés).

Se establecieron ocho acuerdos con las aseguradoras o con entes territoriales para la implementación de los programas de detección temprana en cáncer. Se establecieron acuerdos con los entes territoriales de Nariño, Guajira, Amazonas, Buenaventura y Caquetá y con las aseguradoras Salud Colombia EPS-Cali, con la secretaria de salud y seguridad social de Pereira y con la de San Andrés.

Se diseñó un curso virtual para la estandarización en la lectura de mamografía en el sistema BIRADS y se incluyó la mamografía de tamización para mujeres del régimen subsidiado en el POS.

Se presentó nueva propuesta al MSPS para el proyecto de verificación de condiciones de habilitación de servicios oncológicos, en dos zonas del país y 218 servicios. Igualmente ante la Supersalud para implementación de instrumentos de evaluación de calidad en servicios oncológicos para 14 IPS en todo el país.

Mediante un convenio de asistencia técnica con la CRES, se logró la inclusión de 24 tecnologías para cáncer en la actualización del Plan Obligatorio de Salud (en un rango de detección temprana, diagnóstico y tratamiento).

Con relación a vigilancia, de común acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se conformó el Comité de Registros de Cáncer cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la información sobre cáncer en el país así como al incremento de la calidad científica y tecnológica de las actividades del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, como base del cumplimiento de su objeto misional.

Mediante convenio con el Instituto de Estudios del Ministerio Público de la Procuraduría General de la Nación y la Procuraduría Delegada para los Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social se elaboraron las recomendaciones de Lineamientos de Política Pública para el Control del Cáncer en Colombia y se diseñó una herramienta para cumplir con la función preventiva de la Procuraduría General de la Nación en lo relacionado con el control del Cáncer.

Con relación a las políticas con impacto en el control del cáncer, se realizó el análisis del proyecto de Ley de cuidados paliativos y se llevaron a cabo reuniones con los asesores de los congresistas. Se hizo parte de la mesa de trabajo con la Cancillería para presentar la posición de Colombia frente al protocolo del comercio ilícito del tabaco a ser discutido en el órgano de negociación intergubernamental 2012.

Como resultado de la Gestión Administrativa y Financiera adelantada por el Instituto Nacional de Cancerología, durante el período Julio de 2011 – Mayo 2012 y tal como se muestra en el siguiente cuadro, la entidad ha obtenido ingresos por valor de \$105.998 millones de pesos.

Con relación a los gastos, el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, ha ejecutado el 93% del total de gastos presupuestados de julio de 2011 a mayo de 2012, equivalentes a \$121.639 millones de pesos, frente a los \$131.439 millones de pesos estimados de acuerdo al periodo analizado.

Este total de gastos se ha ejecutado de la siguiente forma: gastos de funcionamiento en un 90%, por valor de \$52.322 millones desagregados en: gastos de personal por \$38.274 millones de pesos; gastos generales \$13.500 millones y transferencias \$548 millones de pesos.

En cuanto a la ejecución presupuestal de gastos de los proyectos de inversión, se observa un cumplimiento en el gasto del 40% con un valor de \$8.001 millones de

pesos, incluidos los aportes de la nación, que ha contribuido para el financiamiento de los proyectos de investigación básica aplicada, proyectos de Construcción, dotación y remodelación, proyecto de Sistematización Integral y de desempeño institucional.

Cuadro No. 35

Ejecución Presupuestal de Gastos
Julio 2011 - Mayo 2012

| Gastos Millones de Pesos | Presupuesto (promedio) | | | Ejecutado | | | % |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|----------------|-------------|
| | Julio de 2011 - Mayo 2012 | | | Julio de 2011 - Mayo 2012 | | | |
| | 2011 | 2012 | Total | 2011 | 2012 | Total | |
| Funcionamiento | 31.168 | 27.033 | 58.201 | 22.830 | 29.492 | 52.322 | 90% |
| Gastos Personales | 22.181 | 18.979 | 41.161 | 20.421 | 17.853 | 38.274 | 93% |
| Gastos Generales | 8.530 | 7.791 | 16.321 | 2.101 | 11.399 | 13.500 | 83% |
| Transferencias | 456 | 263 | 719 | 309 | 239 | 548 | 76% |
| Gastos de Operación Comercial | 24.446 | 28.997 | 53.443 | 6.482 | 54.834 | 61.317 | 115% |
| Inversión | 11.631 | 8.164 | 19.795 | 3.623 | 4.378 | 8.001 | 40% |
| Total Gastos | 67.245 | 64.194 | 131.439 | 32.935 | 88.704 | 121.639 | 93% |

Fuente: informe mensualizado ejecución presupuestal 2011-2012

Cuadro No. 36

Viabilidad y Estabilidad Presupuestal
Componente de Ingresos
Julio 2011 - Mayo 2012

| Ingresos Millones de Pesos | Aforado Promedio | | | Recaudo | | | % |
|-------------------------------|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|----------------|------------|
| | Julio de 2011 - Mayo 2012 | | | Julio de 2011 - Mayo 2012 | | | |
| | 2011 | 2012 | Total | 2011 | 2012 | Total | |
| INGRESOS CORRIENTES | 64.021 | 56.796 | 120.818 | 69.147 | 34.446 | 103.593 | 86% |

| | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|-------------|
| INGRESOS DE EXPLOTACIÓN | 39.890 | 37.495 | 77.385 | 46.342 | 23.168 | 69.509 | 90% |
| Venta de Servicios al usuario final | 38.691 | 35.667 | 74.358 | 45.553 | 22.300 | 67.853 | 91% |
| Cxc venta servicios vigencias anteriores | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Otros Ingresos de explotación | 1.199 | 1.828 | 3.027 | 789 | 868 | 1.657 | 55% |
| APORTES | 24.131 | 19.301 | 43.433 | 22.805 | 11.278 | 34.084 | 78% |
| Aportes nación | 24.131 | 19.301 | 43.433 | 22.805 | 11.278 | 34.084 | 78% |
| OTROS INGRESOS CORRIENTES | 72 | 124 | 196 | 208 | 169 | 377 | 192% |
| Otros Ingresos | 72 | 124 | 196 | 208 | 169 | 377 | 192% |
| INGRESO DE CAPITAL | 533 | 2.675 | 1.124 | 404 | 1.211 | 2.029 | 180% |
| Recuperación cartera | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Aportes de Capital | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Venta de Activos | 0 | 2.083 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Rendimientos financieros | 533 | 592 | 1.124 | 818 | 1.211 | 2.029 | 180% |
| TOTAL | 64.625 | 59.595 | 122.137 | 69.759 | 35.826 | 105.998 | 87% |

Fuente: informe mensualizado ejecución presupuestal 2011-2012

2.15.3 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Cuadro No. 37
Usuarios afiliados
Abril 2012

| Departamento | Afiliados |
|----------------------|---------------|
| Antioquia | 3.272 |
| Atlántico | 7.160 |
| Bogotá D.C. | 5.535 |
| Bolívar | 6.416 |
| Boyacá | 402 |
| Caldas | 737 |
| Cauca | 118 |
| Cesar | 572 |
| Cundinamarca | 2.855 |
| Huila | 217 |
| Magdalena | 6.577 |
| Meta | 70 |
| Nariño | 345 |
| Quindío | 284 |
| Risaralda | 237 |
| Santander | 2.269 |
| Tolima | 862 |
| Valle | 12.530 |
| Total General | 50.458 |

Fuente: Subdirección de Prestaciones Sociales - Afiliaciones y Compensación

La prestación de servicios de salud a los usuarios del Fondo se realiza a lo largo de la antigua geografía férrea, en dieciocho (18) departamentos correspondiendo

a 56.25% de los departamentos y 76 municipios que corresponden al 6.78% de participación municipal, mediante contratos de prestación de servicios integrales de salud, los que comprenden consultas externas de medicina general y especializada, de odontología, urgencias, hospitalizaciones, cirugías, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos, medicamentos, visitas domiciliarias y suministro de complementos terapéuticos.

El FPSFCN practica auditorías para el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud, las cuales son evaluadas por un Comité de Servicios de salud, el cual efectuó durante el II semestre de 2011, 94 evaluaciones de seguimiento a 1546 visitas practicadas en el mismo periodo.

2.15.4 Sanatorio de Contratación

El Sanatorio de Contratación, Empresa Social del Estado, presta atención médica a los **enfermos de Hansen** y a sus convivientes, asistiendo a los discapacitados y a los enfermos asilados en las instituciones oficiales creadas para tal efecto. Dicha entidad, lleva a cabo programas de rehabilitación física y social, administra los subsidios, presta atención médica, hospitalaria y ambulatoria a los enfermos de Hansen. Igualmente desarrolla programas de promoción y prevención de la salud.

Esta entidad trabaja en el conocimiento científico de lepra, a través de la optimización de procesos de investigación en el manejo integral de la enfermedad y en la prestación de servicios de baja y mediana complejidad con personal calificado y comprometido en la optimización de los procesos, en procura del mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias

En el tercer trimestre de 2011 la entidad realizó capacitaciones al personal de salud, en la búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico, seguimiento a convivientes en los municipios de Mogotes, San Joaquín y Onzága del departamento de Santander, encontrando dos (2) casos nuevos de lepra. En el primer trimestre de 2012, ejecutó un convenio con la Secretaria de Salud Boyacá, cuyo objeto era la prestación de servicios para el desarrollo de acciones de capacitación y búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico, seguimiento a convivientes en las provincias de Sugamuxi y Tundama del departamento Boyacá, identificando un caso nuevo de lepra.

Durante 2011-2012 se diagnosticaron tres nuevos casos de lepra y se detectó una recidiva (1); se asignaron cuarenta y seis subsidios de tratamiento de lepra en

relación con la prestación de servicios de primer nivel a los pacientes de enfermos de lepra, albergados y residentes en el municipio de Contratación (Santander).

Durante las vigencias 2011 y lo corrido del 2012 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:

Cuadro No. 38
Servicios Prestados

| Servicios | Otros | Hansen | Total |
|------------------------------|-------|--------|-------|
| Consulta ambulatoria | 6.171 | 1.108 | 7.279 |
| Consulta de Urgencias | 1.110 | 66 | 1.176 |
| Consulta de Ginecología | 13 | | 29 |
| Consulta de Ortopedia | 156 | | 156 |
| Medicina Interna | 43 | 142 | 185 |
| Sala de Observación Urgencia | | | 228 |
| Hosp Pacientes | 269 | 113 | 382 |
| Partos y Nacimientos | 6 | | 6 |
| Odontología Procedimientos | 3.738 | 143 | 3.881 |
| Odontología No. Pacientes | 1.666 | 118 | 1.784 |
| Radiología Imágenes | 480 | 85 | 565 |
| Radiología No. Pacientes | 480 | 85 | 565 |
| Laboratorio Exámenes | 7.998 | 1.508 | 9.506 |
| Laboratorio No. Pacientes | 2.221 | 567 | 2.788 |
| Electrocargiograma | 266 | 52 | 318 |
| Citologías | 371 | | 371 |
| Terapia Respiratoria | 30 | 47 | 77 |
| Terapia Física | 1.194 | 5.997 | 7.191 |
| Servicio Ambulancia | 196 | 60 | 256 |
| Urgencias Traumatológicas | | | 196 |

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 tres enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad.

2.15.5 Sanatorio de Agua de Dios

El Sanatorio participa en investigaciones de tipo aplicado, tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad, con énfasis en los **enfermos de Hansen**, promoviendo la participación de esta población en

actividades de auto-cuidado e impulsando la formación de líderes y comités en salud para promover estilos de vida saludable.

De otra parte, programa, coordina y supervisa los programas de salud que se lleven a cabo, al igual que realiza vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que constituyan factor de riesgo para la población impartiendo información individual y grupal a la comunidad, para promover los servicios, programas especiales y modalidades terapéuticas de los cuales puedan beneficiarse, con énfasis en prevención y control de la discapacidad en población Hansen.

El Sanatorio de Agua de Dios, como prestador de servicios de salud, en convenio con la Universidad de Caldas, prestó servicios de Teleconsulta, en dieciséis especialidades médicas: Pediatría, Medicina Interna, Dermatología, Gineco-obstetricia, Ortopedia, Cardiología, Infectología, Urología, Otorrinolaringología, Materno Perinatal, Radiología, Electrocardiograma, Nutrición, Psiquiatría-Neurología, Cirugía Pediátrica. Telesalud (conjunto de servicios y métodos relacionados con la salud, los cuales se realizan a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones) ha garantizado el acceso a los servicios eficientemente, sin desplazamiento de los pacientes. Para el 2012 ya se han realizado los contactos con instituciones de Salud como el Hospital de La Samaritana, con quienes se puede llegar a conseguir este tipo de apoyo y mantener el acercamiento de nuestra población objeto a través de Telemedicina.

A continuación se muestra la gestión de los servicios de salud durante el periodo de 1 de junio 2011 a mayo 31 de 2012:

Cuadro No. 39
Gestión de Servicios de Salud

| Actividad | Servicio | Meta Cumplida |
|--|---------------------------------------|---|
| Prestar servicios de 1er nivel y algunos de 2do. A la población de Agua de Dios y áreas de influencia, afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud | Promoción y Prevención | 92.5% cumplimiento de actividades programadas |
| | Consulta Ambulatoria Medicina General | 10.479 consultas |
| | Odontología | 3.221 consultas |
| | Laboratorio Clínico | 5.739 procedimientos |
| | Fisioterapia | 3668 sesiones |
| | Rayos X | 504 procedimientos |
| | Consulta medicina Especializada | 448 consultas |
| | Hospitalización | 82 egresos |

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| | Urgencias | 2.302 consultas |
| | Atención parto bajo riesgo obstétrico | 3 procedimientos |
| | Gestión servicios asistenciales | 85% servicios habilitados |

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

En el 2011 se dio inicio a un proceso de apertura de nuevos servicios especializados tales como Medicina Interna, Dermatología, Psiquiatría, Ginecología y Ortopedia; de igual manera, en el 2012 se mantienen las Consultas Externas de Nutrición y Psicología reflejándose en la disminución de las referencias a especialistas. El incremento del número de atención de pacientes es evidencia del cumplimiento de la política de mayor accesibilidad a los servicios de salud para toda la población del Municipio de Agua de Dios.

El ajuste de la frecuencia del servicio de consulta externa, acompañado con la disciplina de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que los programas de atención en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras, se ve reflejado en menores consultas de urgencias, hospitalizaciones y en la disminución de la tasa de mortalidad.

Igualmente, con las actividades de promoción y prevención en el grupo de la etapa de la primera infancia se ha logrado impactar realizando jornadas de lactancia materna exclusiva con toda la población; también el control de primera vez con los recién nacidos, seguimiento a las madres gestantes con la implementación del Curso Psicoprofiláctico, brindando una buena valoración integral (fisioterapia- Nutrición- Psicología) y disminución de la mortalidad materna y perinatal.

De otra parte, el Sanatorio realizó la socialización del Manual de Calidad y del mapa de procesos a los servidores del hospital. En diciembre de 2011 se realizó pre-auditoria con la entidad certificadora ICONTEC donde se logró mostrar las fortalezas a nivel de calidad, contándose con un recurso humano capacitado, profesional y altamente calificado.

En cuanto al Sistema Único de Habilitación, en la actualidad el Hospital Herrera Restrepo se encuentra habilitado con el Decreto 1043 de 2006, por tal motivo se realizaron los estándares de calidad de acuerdo a la Resolución 1043/2006 y modificatorias 2680 y 3763 de 2007.

Durante el periodo se ha realizado asistencia técnica en los programas de lepra y tuberculosis por medio de convenio o contratos inter administrativos con el Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud -

OPS, y la entidad Territorial de Quindío, con una cobertura del 58% del país de manera directa.

En el mes de agosto de 2011, se celebró el VI Encuentro Nacional de Coordinadores del Programa de Control de la Lepra, con la participación de delegados de 32 entidades territoriales, del Ministerio, de OPS/OMS, de la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis - DAHW, de las Universidades Nacional, de la Sabana, de Cundinamarca, Directivos de la Academia Colombiana de Medicina y miembros de la Junta Directiva del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E, generándose una cobertura del 89% del país.

En referencia a los convenios Docencia-Servicio, en el año 2012 se han mantenido compromisos con nueve Instituciones Educativas tales como: Universidad de la Sabana, Universidad Nacional, Universidad del Tolima, Universidad Sanitas, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Universidad de Cundinamarca UDEC, Centro de Estudios en Comunicación y Tecnologías Educativas - CECTE, Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena – FUDEMAG y el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, contribuyendo en la formación del talento humano en medicina, enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares de odontología, archivo, entre otras.

En cuanto a investigación, en el 2011 se inició la participación en el proyecto “seguimiento clínico, bacteriológico e inmunológico de convivientes de pacientes con lepra como contribución a la detección precoz de la enfermedad”. Para el 2012 se da inicio a “Manejo terapéutico de úlceras en miembros inferiores con Plasma Rico en Plaquetas”.

El Sanatorio de Agua de Dios a través del convenio con la Universidad de la Sabana, desde el tema específico de salud, ha podido establecer relaciones con instituciones extranjeras y actualmente cuenta con convenios inter administrativos con la Universidad Jorge Tadeo Lozano y está realizando contactos con el Sanatorio de Fontilles (España) como referente internacional en lepra.

2.15.6 CAPRECOM

La Red Hospitalaria administrada por CAPRECOM está conformada por IPS propias, administradas y propias/arrendadas, ésta es cambiante en cantidad y cobertura, ya que históricamente la entidad ha sido un aliado estratégico del Gobierno Nacional y ha servido de apoyo para dar cumplimiento a la constitución en lo relacionado con la prestación de Servicios de Salud.

Cuadro No. 40
Red de Servicios IPS

| Nombre de la sucursal contable | Numero de sede | Tipo de IPS | Nivel de complejidad | Municipio | Dpto |
|--|----------------|------------------------------------|----------------------|---|-----------------|
| IPS Girardot | 11 | Operada | Nivel III: 1 IPS | Girardot | C/marca |
| | | | Nivel I: 10 IPS | | |
| IPS Chocó Departamental San Francisco | 1 | Operada | Nivel II: 1 IPS | Quibdó | Chocó |
| IPS Hospital Puerto Asís | 1 | Admin. | Nivel II: 1 IPS | Puerto Asís | Putumayo |
| IPS Hospital Departamental De San Andrés | 2 | Admin. | Nivel II: 1 IPS | San Andrés | San Andrés |
| | | | Nivel I: 1 IPS | Providencia | Providencia |
| IPS Clínica de Bogotá | 1 | Propia | Nivel II: 1 IPS | Bogotá Dc | Bogotá |
| IPS Amazonas | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Leticia | Amazonas |
| IPS Arauca | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Arauca | Arauca |
| IPS Atlántico | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Soledad | Atlántico |
| IPS Cauca | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Popayán | Cauca |
| IPS Córdoba | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | San Carlos | Córdoba |
| IPS Quibdó | 3 | 2 Ips Propias - 1 Propia/Arrendada | Nivel I: 3 IPS | Quibdó | Chocó |
| IPS Chocó | 2 | Propia/Arrendada | Nivel I: 2 IPS | Quibdó | Chocó |
| IPS Guaviare | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | San José De Guaviare | Guaviare |
| IPS Guajira | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Riohacha | Guajira |
| IPS Nariño | 1 | Propia | Nivel I: 1 IPS | Tumaco | Pasto |
| IPS Mocoa | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Mocoa | Putumayo |
| IPS San Andrés | 2 | Propia | Nivel I: 2 IPS | San Andrés | San Andrés |
| IPS Tolima | 1 | Propia | Nivel I: 1 IPS | Ibagué | Tolima |
| IPS Sevilla | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Sevilla | Valle del cauca |
| IPS Huila | 1 | Propia/Arrendada | Nivel I: 1 IPS | Huila | Neiva |
| IPS Clínica de Manizales | 1 | Propia/Arrendada | Nivel III: 1 IPS | Caldas | Manizales |
| Ese Chocó | 15 | Admin. | Nivel I: 15 IPS | 1 Atrato - 1 Bagadó - 2 Bojayá - 1 Carmen Del Darién - 2 Rio Sucio- 1 Lloró - 1 Medio Atrato - 2 Rio Quito - 1 Acandí - 1 Unguía - 1 Bahía Solano - 1 San José del Palmar | Chocó |

Fuente: Base de Datos Subdirección IPS. Caprecom

Entre el segundo semestre de 2011 y primer semestre del año 2012 se realizan las siguientes entregas:

Cuadro No.41
Entregas Servicios

| Ubicacion | Nº IPS Entregadas | Fecha | IPS que continúan |
|------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Red Barranquilla | 45 | 31/12/2011 | 1 |
| Ese Salud Chocó | 13 | 30/01/2012 | 21 |
| Barranquilla | 1 | 25/05/2012 | 0 |

Fuente: Subdirección IPS

CAPRECOM EPSS prestó a sus usuarios afiliados en todo el país actividades de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de enfermedades de Interés en Salud Pública así:

Cuadro No. 42
Cumplimiento Actividades de Protección Específica y Detección Temprana
Julio 2011 – Mayo 2012

| Grupo poblacional | No de actividades realizadas | Porcentaje de cumplimiento |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Población Infantil | 454.747 | 71% |
| Población Joven | 90.646 | 63% |
| Población adulta | 46.952 | 52% |

Fuente: subdirección EPS PYP

CAPRECOM EPS participó de manera activa y articulada con los demás actores del sistema en los departamentos implicados durante las tres fases de la Jornada de Vacunación contra Sarampión / Rubeola, a raíz de los brotes presentados tanto en Colombia como en el vecino país del Ecuador, con una población beneficiaria de 492.245 jóvenes, entre los 11 y 20 años de edad, aportando al programa ampliado de inmunizaciones –PAI el trabajo de 324 vacunadores, 250 anotadores y 55 digitadores.

Durante el periodo comprendido entre julio de 2011 y mayo de 2012, CAPRECOM EPSS llegó a 3.825 mujeres más, de diferentes territoriales del país, con el programa Gestando el Futuro en su componente de Planificación Familiar, el cual comprende, entre otros programas, educación frente a los diferentes métodos de Planificación Familiar, destacándose además la entrega de método de Planificación con Implante subdérmico, elegido por 2.037 mujeres en trece (13) departamentos a quienes se les evaluó criterios de elegibilidad, y se les insertó el implante.

Adicionalmente, se capacitaron 102 profesionales de las diferentes IPS de la red propia y contratada y se certificaron 56 profesionales en la inserción del implante subdérmico.

La entidad viene realizando, en acompañamiento con el Ministerio de Salud, un programa que consiste en la Identificación de las gestantes con sífilis realmente afiliadas a CAPRECOM y reportadas en SIVIGILA, ubicación de las mismas e inicio de un abordaje de sensibilización y acompañamiento en el manejo de su patología, haciéndose extensivo en su manejo a la pareja independiente de su afiliación. Además, seguimiento al cumplimiento de los protocolos de manejo en estas usuarias, análisis de los casos en conjunto con las regionales a través de videoconferencias programadas con acompañamiento del Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud. Igualmente, se hace depuración con soportes de cada uno de los casos tanto de Sífilis Gestacional como de Sífilis Congénita.

3. SALUD PÚBLICA

3.1 Plan Nacional de Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es una expresión concreta de una política pública de Estado que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano.

El Plan es un pacto social que define la actuación articulada entre sectores y actores, públicos y privados, responsables de la intervención efectiva y positiva desde lo individual y lo comunitario, de los determinantes del bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan, que se está construyendo con la participación de los colombianos, recoge los aciertos de los años precedentes, las limitantes existentes, las lecciones aprendidas, el análisis crítico de la situación de salud y de los retos a diez años.

La formulación concertada del Plan es un gran compromiso para el Ministerio de Salud y Protección Social, ya que siendo un plan a mediano plazo, que compromete más de un período de gobierno, permitirá que en el país se puedan realizar propuestas estratégicas de mayor alcance. Esta fase se desarrolla en cinco momentos: 1. Preparación; 2. Convocatoria, consulta y concertación; 3. Formulación; 4. Aprobación y 5. Socialización.

Actualmente se está desarrollando colectivamente, a lo largo y ancho del país, la tercera fase, apropiando instancias de consulta y concertación entre las cuales están los grupos étnicos (afrocolombianas, indígenas, raizales y población Rom); la consulta territorial – mediante 160 talleres en las regiones, la consulta intersectorial, consulta a niños, niñas y jóvenes, consulta con la mesa de Ley de víctimas contra las diferentes formas de violencia, así como la consulta a la ciudadanía, a través del sitio Web del Ministerio, del Mini Sitio del Plan y de otras estrategias de comunicación nacional y local.

Al 31 de mayo de 2012, los avances se resumen de la siguiente manera:

- Consulta interna equipos de trabajo Ministerio de Salud y elaboración de plan de trabajo.

- Análisis de situación de país (Documento en revisión con la consulta territorial).
- Aprobación del diseño metodológico, formulación del plan y socialización a los actores sectoriales.
- Convenio con universidades (Antioquia, Nacional, Valle y UIS) “UNIDECENAL” para desarrollo operativo de consulta territorial a 32 departamentos, 4 distritos y 1134 municipios a través de 160 talleres.
- Diseño, prueba y ajuste en terreno (San Andrés) del trabajo de campo de la fase de convocatoria, consulta y concertación.
- Aprobación de agenda de consulta territorial, sectorial e intersectorial.
- Aprobación del diseño de la estrategia de comunicación en el ámbito nacional y local.
- En gestión para aprobación, la agenda de consulta grupos étnicos, niños, niñas y adolescentes y mujeres víctimas de las diferentes formas de violencia.
- Diseño y fase de prueba de Mini sitio del Plan en la Web del Ministerio.

Análisis de Situación en Salud – ASIS

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública resulta primordial la elaboración de los Análisis de Situación de Salud (ASIS), entendiéndolos como procesos de análisis-síntesis que involucran la participación sectorial, transectorial, intersectorial e interinstitucional para evidenciar las necesidades y problemas en salud pública que deben ser posicionados en los espacios de toma de decisiones.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló los documentos metodológicos necesarios para la elaboración del ASIS y en convenio con la Organización Panamericana de la Salud (485-10), a mayo 31 de 2012, realizó cuatro visitas a las Direcciones Territoriales de Salud llevando a cabo los talleres de capacitación en la metodología ASIS, en los que han participado los municipios que integran cada departamento como se muestra en el cuadro siguiente. El objetivo general ha sido orientar técnica y metodológicamente a los responsables de las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales en la elaboración del análisis de situación de salud.

Cuadro No. 43
Talleres de Capacitación ASIS

| Entidad territorial | Fecha de la Capacitación | Número de municipios capacitados | Número de personas capacitadas |
|---------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Cundinamarca | 17 y 18 de mayo de 2012 | 52 | 66 |
| Boyacá | 22 - 23 - 24 de mayo de 2012 | 58 | 68 |
| Sucre | 29 - 30 - 31 de mayo de 2012 | 27 | 33 |
| Huila | 28, 29 y 30 de mayo | 27 | 58 |

Fuente : Dirección de Epidemiología y Demografía MSPS.

3.2 Salud Infantil

El Ministerio de Salud y Protección Social viene trabajando activamente en el marco de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia, creada a través del Decreto 4875 de Diciembre 2011; esto permitió estructurar la estrategia de Cero a Siempre.

Igualmente, se definieron los estándares de calidad para la atención de los niños y niñas en los Centros de Desarrollo Infantil, dirigidos a mejorar la prestación de servicios en términos de: formación de las familias, proceso pedagógico, salud y nutrición, ambientes educativos protegidos y talento humano.

Las acciones del Ministerio en primera infancia se concentran principalmente en el direccionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la implementación del sistema de seguimiento niño a niño con el esquema de vacunación completo para la edad y la ampliación de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia en todo el territorio nacional, iniciando con la capacitación de 5.500 profesionales de la salud entre pediatras, médicos generales y enfermeras.

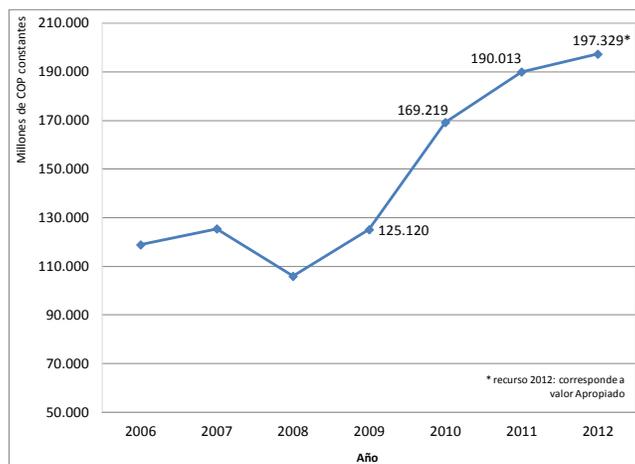
3.3. Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI

El país a fin de lograr coberturas útiles de vacunación, garantizar la disponibilidad de biológicos e insumos para la vacunación y favorecer la eliminación de barreras de acceso, se han asignado recursos del Presupuesto General de la Nación y se

ha garantizado la disponibilidad de biológicos, asistencia técnica y capacitación permanente. En este sentido, para el 2012 se apropiaron \$197.329 millones para financiar el Programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel nacional, lo cual representa un incremento de 7,7% con respecto al año 2011 en el cual se destinaron \$190.013 millones¹⁸.

Gráfico No. 2

Recursos invertidos en el PAI Colombia 2005-2011



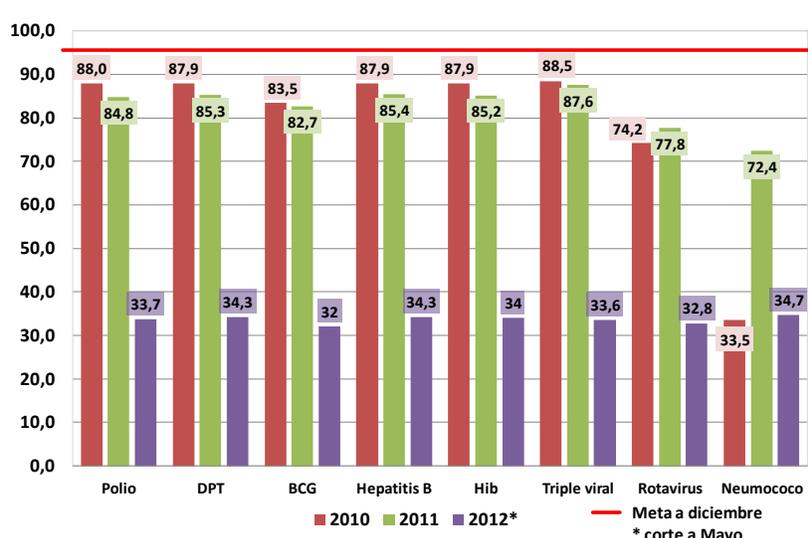
Fuente: MSPS-Dirección de Promoción y Prevención

Coberturas

Los resultados alcanzados a diciembre de 2011 a nivel Nacional en coberturas administrativas de vacunación fueron inferiores a los reportados en años anteriores; lograr las coberturas de vacunación requiere un esfuerzo adicional que involucre el compromiso político de entidades territoriales y aseguradoras. A continuación se presentan las coberturas de vacunación del año 2010 y 2011:

¹⁸ A precios de 2012

Gráfico No. 3
 Coberturas de Vacunación por Biológico,
 Colombia 2010 - 2012



Fuente: MSPS-MIPAISOFT Dirección de Promoción y Prevención, Corte a Mayo de 2012.

En el 2011, sólo los departamentos de Casanare, Cesar, Magdalena, Santander, Sucre, Valle, Córdoba, Meta y Norte de Santander y los Distritos de Bogotá, Cartagena y Barranquilla, obtuvieron coberturas de vacunación superiores al 90%; el 69% de los niños del país viven en municipios que tienen coberturas por encima de 80%.

Impacto alcanzado con la introducción de Vacuna contra el Rotavirus

Con el objetivo de evaluar el impacto alcanzado por la inclusión de la vacuna contra rotavirus en el País, se realizó una encuesta poblacional en hogares con niños con edades comprendidas entre 2 y 24 meses en 5 ciudades de Colombia.

Los hallazgos evidenciaron que la efectividad de la vacuna (con el esquema completo) para enfermedad severa (hospitalización) se mantiene en niveles muy similares a los obtenidos en los estudios clínicos experimentales. Una o dos dosis de vacuna contra rotavirus protegen contra hospitalización por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Los gastos de bolsillo por EDA difieren por régimen de afiliación al sistema de salud, observándose un mayor impacto en los pobres no asegurados y en los afiliados al régimen subsidiado, en los cuales el gasto de bolsillo asociado a una

hospitalización por EDA puede ser tan alto como el 30% del salario mínimo mensual vigente.

Logros

Los principales logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI - en el último año, son:

- a. Desde el año 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social inició la vacunación contra el neumococo para los niños con patologías de riesgo; en los siguientes 3 años se amplió su cubrimiento llegando a todos los niños residentes en el 55.5% de los departamentos del país. Para el año 2011 se logró la universalización completa de esta vacuna, beneficiando a cerca de 800.000 niños y niñas menores de un año, anualmente.
- b. Por primera vez en el país se puso en marcha el Sistema de Seguimiento Nominal de Vacunación, para monitorear si cada niño o niña tiene su esquema de vacunación completo para la edad.
- c. Se realizaron los estudios de costo efectividad de la inclusión de las vacunas contra la Hepatitis A y la que previene el virus del papiloma humano VPH (causa necesaria del cáncer de cuello uterino); estos estudios aportaron la evidencia necesaria para justificar su inclusión en el esquema nacional de vacunación; se inició el proceso de adquisición para iniciar la vacunación con estas nuevas vacunas en el segundo semestre de 2012. La inclusión de la vacuna contra la Hepatitis A en el esquema nacional de vacunas, permitirá reducir entre 76,5% y 91,6% las muertes asociadas a esta enfermedad.

3.4. Salud Sexual y Reproductiva – SSR

La estrategia central para la prevención del embarazo en adolescentes, en cumplimiento a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública consiste en la implementación del **modelo de Servicios Amigables en Salud para Jóvenes y Adolescentes** con el cual se busca reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional, a través de un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del SGSSS para la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual ajustados a sus necesidades.

En su sexto año de implementación se han realizado más de 55 talleres regionales de formación, seguimiento, evaluación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, capacitando a 3.836 profesionales de la salud y las ciencias sociales, que realizan atención diferenciada a adolescentes y jóvenes.

Dichos procesos de formación han permitido crear y mantener a la fecha, 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en alguna de las tres modalidades de atención (Consulta diferenciada, Unidad amigable o Centro amigable) con cobertura a adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, ubicados en 695 municipios de 33 departamentos y distritos, lo cual equivale a una presencia en el 61% de las cabeceras municipales del país.

En el 2011, en convenio con el UNFPA, se dotó a dichos servicios con 4.300 implantes subdérmicos; 10.000 Libros del modelo; 2.000 videos educativos; 3.000 dosis de anticonceptivos de emergencia y 118 maletas con 16 juegos didácticos de educación sexual (Ver foto).



A continuación se mencionan las acciones desarrolladas en el marco de la estrategia durante el último año:

- En el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos se avanzó en el proceso de formulación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y se expidió, en enero de 2012, el documento CONPES Social 147 que marca los lineamientos para el desarrollo de una Estrategia Intersectorial 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.
- A fin de identificar, conformar y fortalecer redes, grupos y organizaciones juveniles en promoción de derechos sexuales y reproductivos y prevención del embarazo no planificado en adolescentes se realizó en convenio con el UNFPA, la construcción, validación e implementación en 6 regiones de una metodología de participación social de jóvenes y el mapeo de 62 organizaciones, 212 grupos y 75 redes juveniles con capacidades para la movilización social en derechos sexuales y reproductivos, cuya acción de réplica llegó a un total de 10.722 personas en 9 departamentos.
- A partir de lo anterior, se diseñó, validó y aplicó en las ciudades de Armenia, Bucaramanga, Medellín, Valle del Cauca, Bogotá y Meta, un **Modelo de Veeduría Social de adolescentes en servicios de salud amigables**, con el

objetivo de fortalecer en esta población procesos de toma de decisiones, en la interacción con las instituciones del Estado, la realización de control social y en la concertación de los servicios desde sus necesidades. Como resultado del mismo se crearon 12 veedurías sociales de jóvenes con la participación de las Contralorías y Personerías regionales.

- Se elaboró el protocolo de atención de embarazo en menores de 15 años y se realizó la investigación sobre determinantes e impactos psico-sociales asociados al mismo.
- Se avanzó en la elaboración de una metodología para la adecuación de la oferta de servicios de SSR con perspectiva intercultural en contextos indígenas de La Guajira y Cauca
- Se realizó la Guía de Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes (10 - 29 años), que permitirá actualizar la norma vigente desde el año 2002; en el año 2012 se adelantará el estudio económico de las recomendaciones de la Guía para su posterior adopción oficial.
- Coordinación intersectorial y cooperación técnica internacional: Se ha realizado coordinación permanente con el Ministerio de Educación con el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, participando en los grupos técnicos regionales, elaboración de rutas de acceso a servicios y construcción conjunta de estrategias comunicación y movilización social.

De otra parte se destaca la participación de Colombia en la **Comisión Subregional Andina para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia**, en el marco de la cual se formuló el Plan Andino de Prevención de Embarazo en Adolescentes¹⁹.

Salud Materna

La gestión del Ministerio de Salud y Protección Social para la reducción de la Mortalidad Materna (MM) se ha concentrado en el desarrollo de documentos técnicos y en la asistencia técnica tendiente a mejorar los procesos de atención de la gestante y la detección y manejo adecuado de complicaciones. En este sentido se desarrolló lo siguiente:

- En enero de 2012, se incluyó la **Vigilancia obligatoria de la Morbilidad Materna Extrema** en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud; de otra parte, se elaboró el Modelo de Vigilancia de Morbilidad Neonatal Extrema – VMNE, mediante el cual se espera impactar la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal en el país.

¹⁹ Mayor información disponible en <http://www.planandinopea.org>

- Se construyeron los diagramas de flujo para la atención de la emergencia obstétrica los cuales se tuvieron en cuenta en el actual proceso de actualización de las normas técnicas y guías de atención.
- Se diseñó, validó e inició la implementación **del Modelo de Seguridad Clínica para la Atención Obstétrica de Emergencia.**
- Se desarrolló el proceso pedagógico para la capacitación virtual en el paquete instruccional para la atención segura al binomio madre/hijo.
- En 12 talleres regionales, se capacitaron en la metodología de vigilancia de la morbilidad materna extrema (VMME) y en la aplicación y seguimiento de diagramas de flujo para cuidado obstétrico básico a 49 profesionales de EPS, 125 de Secretarías de 141 de IPS, para un total de 315 profesionales capacitados.
- Se capacitó en el manejo de las **emergencias obstétricas y en el uso adecuado de los insumos que conforman los kits para el manejo de las emergencias obstétricas** a 576 funcionarios/as de 152 municipios y 27 departamentos de Colombia en los diagramas de flujo y el uso de los kits para el manejo de la emergencia obstétrica; de éstos, 231 fueron profesionales de la medicina, 282 de enfermería y 63 de otras profesiones responsables de la atención obstétrica
- Se entregaron a 664 Kits para el manejo de la emergencia obstétrica y 570 dopplers a 560 IPS de igual cantidad de municipios, que favorecerán el manejo oportuno de las principales complicaciones obstétricas.
- Capacitación e implementación del Modelo de Seguridad Clínica para la Atención Obstétrica de Emergencia y aplicación de una metodología para el desarrollo de los planes de mejoramiento institucional. En fase de implementación y adecuación a la baja complejidad en 10 entidades territoriales del país.
- Se diseñó un video para garantizar la atención segura para las mujeres gestantes, dirigidos a instituciones Prestadoras de servicios de Salud Materna.

Gestión para la garantía de acceso a las mujeres a la Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE

Se han realizado actividades de asistencia técnica a las entidades territoriales de salud, sensibilización y divulgación sobre la sentencia C-355, así como entrega de material informativo y de actualización alrededor del tema, bajo la premisa de que la prevención del aborto inseguro debe fundamentarse en la **prevención del embarazo no deseado, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y la atención integral y oportuna de las mujeres víctimas de violencia sexual.** Así, se han atendido 155 casos de IVE.

En el 2011, se consolidó la estrategia de asistencia técnica para el seguimiento a prestadores y funcionarios de direcciones territoriales de salud (DTS y EPS) a través de las siguientes acciones:

- Realización de 10 capacitaciones en atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo con participación de profesionales de la salud de 27 entidades territoriales.
- Se realizaron 10 Foros regionales de discusión y sensibilización dirigidos a actores sociales (organizaciones de la sociedad civil y actores de otros sectores), sobre aspectos éticos, jurídicos y técnicos para el cumplimiento de lo establecido en la sentencia C-355 de 2006.
- Se elaboró material informativo para la sensibilización de personal del sector frente a las barreras de acceso para la atención en IVE en el marco del SOGC.
- Con la participación de la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, FECOLSOG se realizó la adecuación y validación del **protocolo para la prevención del aborto inseguro**.

Prevención de violencia sexual y basada en género

A través de 33 talleres departamentales, se capacitaron 1.404 profesionales y técnicos del sector salud de todas las entidades territoriales del país para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.

A fin de prevenir casos de violencia sexual, intrafamiliar y de pareja en los albergues dispuestos para las víctimas de la ola invernal, el Ministerio de Salud y Protección Social capacitó en el Modelo y Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual adoptado por Resolución 0459 de 2012 en 2011 a 83 profesionales de la salud y coordinadores de los Comités Regionales para la Prevención y Atención de Desastres - CREPAD de los departamentos de Bolívar, Chocó, Córdoba, Guajira, Magdalena, Valle del Cauca y Sucre, . Para el 2012 se han capacitado 121 profesionales.

Se adelantaron acciones de capacitación para fortalecer la capacidad de respuesta institucional en desastres y emergencias a nivel local con un énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental con enfoque diferencial a CREPAD Y CRUE Y CLOPAD. Para el 2011 se capacitaron 600 profesionales y en el 2012 a 528; también en 2011 se capacitaron 680 profesionales de la salud vinculados a IPS de ocho departamentos y en lo corrido del 2012 se han capacitado a 629. Adicionalmente, se realizaron mesas de trabajo para eliminar barreras de acceso en la atención a la salud sexual y reproductiva y salud mental de las personas en situación de albergue y desplazamiento.

De igual manera, se fortaleció el componente de la atención intersectorial a víctimas de violencias de género y sexual a través del diseño y actualización de las rutas de atención en los departamentos de: Antioquia, Atlántico, Guajira, Nariño, Santander, Amazonas, Caquetá, Cesar, Chocó, Córdoba, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Arauca, Bolívar, Cauca, Guaviare, Sucre, Valle del Cauca y Boyacá. En 2011 se capacitaron 217 profesionales de las instituciones de salud, justicia y protección. En lo que va corrido del año 2012 se han capacitado 296 profesionales.

Complementariamente, se realizó la distribución de 500 kits post exposición-PEP de violencia sexual y capacitación en 232 municipios para fortalecer la atención integral a las víctimas de violencia sexual y la utilización de los kits; se hizo entrega del documento metodológico para la distribución. Los municipios participantes, realizaron el compromiso institucional de reposición de kits PEP.

En 2012 se reforzó la asistencia técnica sobre manejo y uso adecuado de los kits PEP en 8 departamentos y municipios intervenidos en el marco de las acciones de la ola invernal, así como en el departamento de Putumayo. Se capacitaron 79 profesionales de DTS, IPS e EPS.

Paralelamente se diseñaron estrategias para fortalecer la réplica del proceso de capacitación en el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, así:

- Diseño de una estrategia de asistencia técnica nodal, online, multimedia y documentación instruccional para la capacitación y seguimiento en abordaje integral y la gestión en salud pública de las violencias de género y sexual. Esta estrategia incluye mallas curriculares, contenidos, herramientas pedagógicas y didácticas, virtuales y presenciales y página web.
- Elaboración de un CD Multimedia de Instructivo para capacitación en el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.
- Diseño y distribución de Rotafolios, memo fichas, carpetas, cartilla sobre el Protocolo de Atención Integral en Salud; material instructivo de uso de los Kits para profilaxis post exposición del VIH, las ITS y el embarazo a víctimas de violencia sexual; afiche sobre el uso adecuado de los Kits PEP y un video gráfico con fines pedagógicos con la explicación del uso adecuado de los Kits PEP.

Con el fin de fortalecer acciones establecidas en las normas y leyes sobre violencias de género, doméstica y sexual, se diseñó y puso en marcha el “Modelo de planes de mejoramiento institucional, monitoreo y seguimiento para fortalecer la atención integral a víctimas de violencia doméstica y sexual” en 2011 y 2012, el

cual los siguientes componentes: evaluación de IPS, entidades territoriales y EPS; una metodología para evaluación del desempeño institucional y desarrollo y monitorización de planes de mejoramiento.

A la fecha, se cuenta con la evaluación de:

- Veinte Direcciones Departamentales - DTS y una Distrital
- Veintiún Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS de: Amazonas, Antioquia, Arauca, Magdalena, Bogotá, Cartagena, Caquetá, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, San José, Nariño, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca.
- Ocho (8) EPS (Caprecom EPS-S, Convida EPS-S, Dirección General Sanidad Militar, Ecoopsos EPS-S, Famisanar EPS-C, Salud Colpatria Medicina Prepagada, Salud Vida EPS-S y Saludcoop EPS-C).

Se han implementado acciones dirigidas a la movilización y participación social de comunidades y organizaciones de las comunidades dirigidas a la promoción de derechos, incluidos los sexuales y reproductivos y prevención de la violencia de género y sexual, logrando lo siguiente:

- Apoyo y direccionamiento para el diseño e implementación de rutas locales de atención a víctimas de violencia doméstica y sexual en los departamentos de: Antioquia, Atlántico, Guajira, Nariño, Santander, Amazonas, Caquetá, Cesar, Chocó, Córdoba, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Arauca, Bolívar, Cauca, Guaviare, Sucre, Valle del Cauca. En el 2011 se trabajó con 140 mujeres y en lo corrido del 2012 con 553; adicionalmente, se realizaron talleres vivenciales de apoyo a víctimas donde participaron 300 mujeres en el 2011 y 906 en el 2012.
- Con los grupos organizados de mujeres se formaron en derechos sexuales y reproductivos y se les dotó con materiales pedagógicos para la realización de acciones de movilización y educación en SSR con énfasis en violencia sexual. Se entregaron 52 Kits Mades en el 2011 y 120 en el 2012.
- En el 2011, se formó a 362 hombres y en el 2012 a 135 en derechos sexuales y reproductivos y prevención de las violencias de género y sexual, realizando acciones de movilización social en sus comunidades.
- Se realizó un taller nacional para el seguimiento y fortalecimiento de 25 organizaciones de mujeres desplazadas y víctimas del conflicto en acciones de Movilización Social para la Prevención de las Violencias de Género y Sexual, el cual contó con la participación de 33 mujeres y 4 hombres de 13 departamentos del país.
- Se hizo una reunión nacional para el seguimiento de las acciones de prevención de las violencias de género y sexual en el marco del conflicto

armado, con la participación de 74 profesionales de las direcciones territoriales de salud y Consejos de Seguridad de los departamentos de Antioquia, Santander, Norte de Santander, Guajira, Caldas, Arauca, Cauca, Boyacá, Valle del Cauca, Quindío, Nariño, y Cesar.

Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/Sida

Con corte al 31 de diciembre de 2011, en Colombia se ha reportado un total de casos acumulados desde 1983 de 86.990 personas, entre casos de infección por VIH, casos en estadio de Sida y fallecidos. La prevalencia de VIH estimada para el país es de 0,57%, equivalente a 144.290 personas entre 15 y 49 años con VIH o Sida en el país, prevalencia que se mantiene por debajo de la meta planteada en los Objetivos del Milenio (1%). De acuerdo con los casos notificados en el 2011, el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 29 años con 1.437 personas reportadas (17,98% del total), seguido por las personas entre 30 y 34 años con 1.315 personas reportadas (16,5%). Igualmente, a través del SIVIGILA, en el año 2011 se notificaron 7.991 personas con VIH/Sida o muerte, de los cuales 5.685 fueron hombres (71,1%).

El grupo más afectado es el de hombres que tienen Sexo con Hombres - HSH, que mediante los estudios de seroprevalencia realizados presentan tasas de prevalencia que fluctúan entre el 10,2% y el 19,5%²⁰ lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en HSH y otros sectores de población en contextos de vulnerabilidad como mujeres trabajadoras sexuales, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad, habitantes de calle y jóvenes en contexto de desplazamiento. Por lo anterior, en el último año se han desarrollado acciones de fortalecimiento de la capacidad instalada y estrategias de focalización hacia estas poblaciones como concurrencia al proyecto en VIH aprobado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria que se desarrolla en 20 departamentos y 75 municipios del país, al cual desde el Ministerio se llevan tableros de mando para el seguimiento y control.

Estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita

²⁰ Fondo Financiero Distrital- Programa de las Naciones Unidas, ONUSIDA – Liga colombiana de lucha contra el Sida. Informe final centinela de conocimientos, comportamientos sexuales y prevalencias de VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres, Bogotá 2006. Y Estudio de vigilancia del comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Bucaramanga-Santander. Secretaría de Salud de Santander, año 2007

En el año 2011, se tamizaron 607.682 gestantes, alcanzando una cobertura del 66% de las gestantes estimadas (915.835). No obstante, esta cifra puede deberse más a fallas en el reporte de los exámenes realizados que a una real falta de acceso a la prueba. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, el Porcentaje de mujeres gestantes que se le ofreció y aceptó hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal fue del 83,5%.

De las gestantes tamizadas, 554 fueron diagnosticadas con VIH (0,09%) y 106 más tenían un diagnóstico previo, para un total de 660 gestantes con VIH que fueron atendidas por la estrategia a través de tamizaje, diagnóstico, tratamiento antirretroviral ante-parto e intra-parto. El último dato disponible de transmisión materno infantil del VIH es del 2009 correspondiendo a 4,9%.

Adicionalmente, en el 2011 se realizaron 719.214 pruebas de tamizaje de sífilis en gestantes y se reportaron 2.079 casos de sífilis congénita para una incidencia de 3 casos por 1.000 nacidos vivos y 5.086 de sífilis gestacional; a junio de 2012 se cuenta con información de 20.000 gestantes tamizadas para VIH, de las cuales a 153 se les diagnosticó VIH; igualmente, se han realizado 25.000 tamizajes para sífilis, diagnosticando a 1.908 gestantes con sífilis gestacional.

En el último año el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, desarrolló las siguientes acciones encaminadas al logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita en el 2015:

- Capacitación a 431 profesionales de la salud en 10 talleres regionales sobre Infecciones de Transmisión Sexual.
- Se estableció una alianza estratégica con las agremiaciones de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (Gestarsalud y ACEMI), la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, para el fortalecimiento de estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.
- Se realizó el estudio de “Seguimiento a niños y niñas y madres atendidas por la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH 2003-2010 y evaluación del control prenatal” en coordinación con UNICEF en 20 entidades territoriales.
- Inclusión del reporte y seguimiento de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en la Cuenta de Alto Costo.
- Se logró la Inclusión de las pruebas rápidas para sífilis; las pruebas ELISA y pruebas rápidas para VIH en el primer nivel de atención, en la reciente actualización del Plan Obligatorio de Salud – POS.

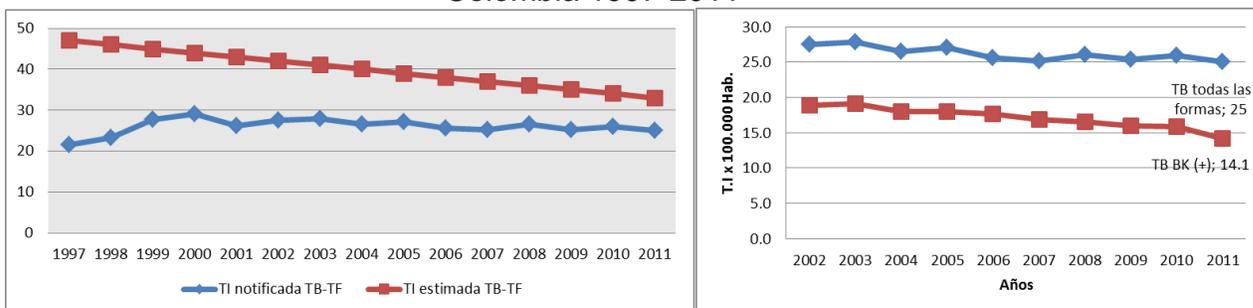
- Se aseguró el suministro de insumos (reactivos para pruebas de VIH, medicamentos antirretrovirales, fórmula láctea, cargas virales e insumos para laboratorio) para la sostenibilidad de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH de las gestantes no afiliadas.
- Elaboración del Manual de pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial y vulnerabilidad y diseño e impresión del Rotafolio para asesoría pre y post prueba voluntaria para VIH.

3.5. Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis

Prevención y control de la Tuberculosis

En el 2011, se invirtieron \$11.434 millones en la prevención y control de la tuberculosis (TB) en Colombia. Con respecto a la incidencia se observa una reducción entre la tasa estimada y la notificada, lo cual es un reflejo de los esfuerzos del programa nacional por mejorar la detección; a pesar de lo anterior y de un mayor número de casos sospechosos examinados, en los últimos años la incidencia de la enfermedad ha permanecido constante (entre 24 y 26 casos por 100.000 habitantes).

Gráfico No. 4
Incidencia estimada y notificada.
Colombia 1997-2011



Fuente: MSPS-Dirección de Promoción y Prevención, Programa Nacional de TB, actualizado junio de 2012.

En el año 2011, se notificaron en el país 12.701 casos de TB, de los cuales 11.142 fueron casos nuevos (8.867 pulmonares y 2.275 extrapulmonares) y 842 fueron casos previamente tratados (381 recaídas, 75 fracasos y 386 abandonos recuperados). Para dicho período, la incidencia de TB en el país fue de 25 casos

por cada 100.000 habitantes. El 11% de los casos presentó coinfección con el VIH (1.292 casos de TB/VIH).

Del total de casos de tuberculosis registrados en el 2011, el 9,5% (1.118) se presenta en afrocolombianos; 5,4% (635) en indígenas; 1,6% (188) en población privada de la libertad y 1,2% (146) en población habitante de la calle; sin embargo, se precisa que puede existir un importante subregistro.

En cuanto a los resultados de tratamiento de los pacientes diagnosticados con baciloscopia positiva, se ha observado una mejoría. Es así como en el 2010 (último año disponible) se realizó seguimiento al 97% de los casos reportados, mientras que en el año 2001 dicho porcentaje fue del 50%; en el 2010, el 78% de los casos de tuberculosis fueron tratados exitosamente.

Teniendo en cuenta la alta incidencia de tuberculosis en indígenas, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Canadiense para el Desarrollo inició en el año 2002 un proyecto de fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la tuberculosis en pueblos indígenas de siete departamentos y un distrito, alcanzando logros importantes en materia de detección y tratamiento con estrategias adaptadas a la cultura de los pueblos indígenas. A partir del año 2009 y al finalizar el proyecto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dado continuidad aumentando la cobertura de la estrategia a más departamentos, así:

Cuadro No. 44
Pueblos Indígenas y Municipios fortalecidos
con Acciones de Prevención

| Año | No. de pueblos indígenas | No. de municipios |
|-------------|---------------------------------|--------------------------|
| 2009 | 17 | 15 |
| 2010 | 20 | 29 |
| 2011 | 28 | 34 |

Fuente : Dirección de Promoción y Prevención MSPS.

Para lo anterior, el Ministerio invierte anualmente cerca de \$500 millones de pesos anuales, los cuales se ejecutan a través del convenio de cooperación técnica suscrito con la OPS/OMS. El anterior trabajo ha permitido generar rutas de atención que articulan el conocimiento y prácticas ancestrales indígenas y el tratamiento occidental y mejorar la detección temprana de casos y la curación; esta última pasó de 78% en el 2008 a 87% en el 2010.

Prevención y control de la Rabia

En el año 2011, se invirtieron \$4.498 millones²¹ en acciones de prevención y control de la Rabia, de los cuales, \$4.380 millones se destinaron a adquisición de vacuna y suero antirrábico; actualmente se mantienen en cero los casos de rabia humana transmitida por perro desde enero de 2007, cumpliendo de esta forma la meta de eliminación de rabia humana transmitida por perro. En el 2011 se distribuyeron 66.980 dosis de vacuna y 7.220 frascos de suero antirrábicos para humanos. A mayo de 2012, se han entregado 27.640 dosis de vacuna y 2.892 frascos de suero antirrábicos para humanos.

En el 2011 se entregaron 3.404.000 dosis de vacuna antirrábica para vacunación de perros y gatos; aa mayo de 2012, se han entregado 520.520 dosis.

Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores

En cuanto a este aspecto, para la vigencia del 2011 se invirtieron \$63.690,4 millones⁴ que equivalen a un 22% más con respecto a lo invertido en el año 2010 (\$52.185 millones); de dichos recursos, \$37.637 millones se transfirieron a las entidades territoriales y \$22.065 millones se destinaron a adquisición de medicamentos e insumos para el control de la Malaria, el Dengue, el Chagas y la Leishmaniasis.

3.6. Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Promoción de Estilos de Vida Saludables

Para prevención y control de las enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludable, el Ministerio destinó \$7.092 millones en el año 2011, lo cual representa un incremento del 170%; de igual forma apropió \$9.100,6 millones en el 2012 para desarrollar acciones de prevención y control de estas enfermedades que son responsables del 76% de la carga de enfermedad según AVISAS²² y causan más del 60% de las defunciones mundiales.

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

²¹ A precios de 2012

²² Años de Vida Saludables Perdidos

a) Transformación positiva de los entornos para los hábitos y estilos de vida saludable - EVS

- 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 han consolidado las bases técnicas para el desarrollo y ampliación de la Estrategia y la promoción de EVS y se estableció en forma participativa, un plan de acción MSPS-REDCUPS para el año 2012.
- Elaboración de la Guía para la evaluación y fortalecimiento de la Universidad Promotora 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.
- Implementación de la Estrategia promocional de EVS en instituciones de educación básica y media, desarrollada por el MEN y MSPS, como una experiencia piloto en 5 entidades territoriales, con participación de 230 establecimientos educativos y 315 docentes.
- Evaluación y sistematización de la experiencia “Estrategia promocional de EVS”.
- Desarrollo de proyectos pedagógicos transversales que promueven los estilos de vida saludables en el entorno escolar en la “Escuela de puertas abiertas”, dirigida a población escolarizada y no escolarizada en zonas de alta vulnerabilidad por conflicto y población desplazada.

b) Prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas y promoción de la actividad física

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).

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 que se desarrolló 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.

De otra parte, se incluyó en la actualización de las tecnologías en salud de la 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.

Adicionalmente, se suscribió un convenio con la Organización Internacional para las Migraciones – OIM para la promoción de Estilos de vida saludables en entornos escolarizados y no escolarizados en población en situación de desplazamiento.

Así mismo, se expidió la Circular No. 41 del 19 de julio de 2011, 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 ambientales de nicotina en convenio con el Instituto Nacional de Cancerología y se capacitó a actores claves para realizar las mediciones ambientales de nicotina.

c) Mejoramiento de la capacidad de respuesta del SGSSS para la atención integral de las Enfermedades Crónicas

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. Igualmente, se distribuyó el manual de control de calidad para servicios de mamografía analógico a los centros monográficos de las regiones priorizadas a nivel nacional y se hizo seguimiento a la implementación.

Se resalta la Inclusión de la mamografía y la biopsia de mama para efectos de tamizaje en el POS del régimen subsidiado y de 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 alianzas con sociedades científicas, instituciones nacionales y gremios en torno de unificación y homologación del POS que generan un compromiso de las mismas frente al mejoramiento de la atención de estas enfermedades y sus factores de riesgo.

Finalmente, se realizó el diagnóstico situacional de la gestión de riesgo en los procesos de atención integral para ECNT con enfoque de la estrategia de APS, en una experiencia piloto realizada en una EPS del Régimen Contributivo y una EPS del Régimen Subsidiado y se elaboró una 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 para EPS.

En este sentido, se consolidaron los indicadores de estructura, proceso y resultado, articulados a los elementos de la gestión de riesgo y procesos de atención priorizados del SOGC para el seguimiento y evaluación de la gestión de riesgo bajo el enfoque de la estrategia de APS en procesos de atención de la ECNT en las EPS y se elaboró el plan de acción para el mejoramiento de la gestión de riesgo en los procesos de atención ambulatoria y domiciliaria de las ECNT para las EPS del país.

3.7. Salud Mental y Farmacodependencia

Durante el segundo semestre de 2011, el Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE- asignó recursos con el fin de cofinanciar proyectos presentados por departamentos y/o municipios por valor de \$614.8 millones como se relaciona en el cuadro siguiente:

Cuadro No.45
Proyectos Cofinanciados por el FNE

| No | Identificación del Proyecto Aprobado | Municipio / Dpto Beneficiado | Cofinanciación Solicitada Millones |
|-----------|--|--|---|
| 1 | Envidéate en la Prevención Isleña en San Andrés y Providencia * | San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 120.0 |
| 2 | Promoción de Buenos Hábitos de Vida, como Estrategia de Prevención y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la comunidad Educativa del Municipio de Macaravita, Santander | Macaravita/Santander | 44.0 |
| 3 | Construye tu Vida sin Adicciones. | Piedecuesta/Santander | 71.1 |
| 4 | Promoverte es Cultura | Ipiales / Nariño | 96.0 |
| 5 | El Deporte Busca al Niño | Armenia/Quindío | 32.0 |
| 6 | Orientación a los Niños, Niñas y adolescentes de la ciudad de Ibagué y los municipios de Flandes y Melgar en el departamento del Tolima a la prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas | Flandes, Melgar, Ibagué/Tolima | 46.0 |
| 7 | Orquestando Futuro | Tenjo/Cundinamarca | 114.5 |
| 8 | Implementación de acciones para la Prevención; Tratamiento y Rehabilitación Frente al Consumo de Sustancias Psicoactivas | Jamundí/Valle del cauca | 91.0 |
| | TOTAL COFINANCIADO | | 614.8 |

Fuente: FNE.

Durante la vigencia del 1 de enero al 31 de mayo 2012, se radicaron en el FNE dieciséis proyectos, de los cuales se han aprobado siete proyectos, así:

Cuadro No. 46
Proyectos Radicados
Vigencia 2012 FNE

| Identificación del proyecto aprobado | Municipio /Dpto. beneficiado | Población objeto | Valor cofinanciado Millones |
|--|------------------------------|--|-----------------------------|
| Juego Río y Aprendo: Las Sustancias Psicoactivas pueden Destruir mi Vida | Curiti/Santander | 150 Jóvenes de 10 a 18 años del colegio Integrado Eduardo Camacho Gamba, 100 padres de familia y 25 docentes | 39.7 |
| Por medio de la riso -terapia le digo no al consumo de SPA en jóvenes del Instituto Técnico Aquileo Parra, del municipio de Barichara Santander | Barichara/Santander | 200 estudiantes del colegio Aquileo Parra, 100 padres de familia, 30 docentes y 15 integrantes del comité municipal de prevención | 46.5 |
| Orquestando Futuro | Aguazul/Casanare | 1000 familias, 2000 niños de los cuales entrenará entre 200 y 300 niños en dos meses. | 128.4 |
| Leticia Joven Actuando Hacia el Futuro | Leticia/Amazonas | 90 personas entre 8 y 22 años | 130.0 |
| Con Apoyo al Folclor Sinuano se Previene la drogadicción en Estudiantes, Padres de Familia y Comunidad del Municipio de Cereté. | Cereté/Córdoba | 1.060 personas de los cuales 100 son estudiantes y 960 personas de las comunidades de 12 barrios marginales de la zona urbana del municipio. | 30.9 |
| Adquisición y fortalecimiento de herramientas y habilidades ocupacionales como estrategia para el tratamiento y rehabilitación frente al consumo de SPA. | Jamundi/Valle del Cauca | 30 personas en tratamiento (hospital día, y veinticuatro horas) | 125.6 |
| Arte Sano | Puerto Boyacá/Boyacá | 60 jóvenes entre 14 y 24 años. | 123.2 |
| Total Cofinanciado | | | 624.5 |

Fuente : FNE

3.8. Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN

Con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social y en el marco de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, los departamentos de Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Amazonas, Caquetá, Huila, Cundinamarca, Atlántico, César, Bolívar, César y los Distritos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta, han formulado y aprobado sus propios Planes territoriales de SAN.

Se construyó el Modelo Integral en Seguridad Alimentaria y Nutricional a partir del reconocimiento de los conocimientos ancestrales en los ejes de la SAN y la diversidad cultural de las comunidades (resguardos) indígenas ette ennaka (Chimilas), ubicados en el municipio de San Ángel del departamento del Magdalena.

Se elaboraron los lineamientos técnicos para proyectos de fortificación casera de Alimentos con Micronutrientes en Polvo para niños de 6 a 36 meses de edad y se adelantó el proyecto demostrativo del proceso operativo para la implementación casera con micronutrientes en polvo en los departamentos de Atlántico y la Guajira. Actualmente, se realiza asistencia técnica para la implementación de los proyectos de fortificación casera con micronutrientes en Cartagena, Montería, Monte Líbano y Tierra Alta.

Se realizó la “Encuesta de Análisis de Situación con Énfasis en las Condiciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional de los Hogares Residentes en el Departamento del Tolima” y la “Investigación sobre Canasta básica de Alimentos (CBA) para familias con niños y niñas menores de dos años en los departamentos de Atlántico y Magdalena y el cálculo de su costo mínimo en función de los alimentos prioritarios”. Actualmente, se avanza en el diseño metodológico de la fase II del “diagnóstico de disponibilidad alimentaria dentro del proyecto del diagnóstico de autonomía alimentaria y marco conceptual desde la cultura de los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta”.

Se elaboraron y socializaron los lineamientos para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, los cuales se están implementando en los Ministerios de: Salud y Protección Social, Cultura, Transporte, Ambiente, Tecnología de la Información y Comunicación.

Se creó el sitio web que contiene el kit pedagógico interactivo del Método Madre Canguro (MMC), el cual agrupa, clarifica y sistematiza todos los componentes del mismo y posibilita a los profesionales de salud de todo el territorio nacional, el acceso a la información permanente, completa y actualizada acerca de este método.

En cumplimiento del Acuerdo 0414/ 2007 sobre Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de Leche Humana en el país, el Ministerio realizó entrenamiento en el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana - BLH y procesamiento y control de calidad de la leche humana a 30 profesionales de la salud y entregó recursos para la compra e instalación de los equipos para el funcionamiento de los mismos 8 hospitales públicos. En el 2011 se

inauguró el Banco de Leche Humana del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué.

Se realizó el diseño, implementación y difusión de la estrategia de comunicaciones “**PLAN A**” que busca promocionar los estilos de vida saludables a través de cuatro referencias: Alimentación Saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua Saludable. En el marco de la misma, se diseñaron y divulgaron diez cuñas radiales de 10 segundos y diez Spots Comerciales con amplia difusión por televisión abierta nacional y regional.

Igualmente, se diseñaron, reprodujeron y distribuyeron cuatro referencias de cartillas para promocionar los estilos de vida saludable, de manera específica en los temas: Alimentación Saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua Saludable; en total se distribuyeron 981.097 cartillas a través de los periódicos del El Heraldo de Barranquilla; El Universal de Cartagena; Vanguardia Liberal de Bucaramanga; El Colombiano de Medellín; El País de Cali; La Patria de Manizales; La Crónica de Armenia; Diario del Otún en Pereira; La Nación (Huila) y de los diarios de El Tiempo y El Espectador que tienen cobertura nacional.

De otra parte, se validó y ajustó el Modelo del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y evaluación de la política de seguridad alimentaria y nutricional - SAN.

Se diseñó y puso en marcha el curso multimedia para la capacitación del gestor social en política pública de seguridad alimentaria y nutricional y se realizó en Bogotá entre el 23 y el 24 de mayo de 2012, el Foro Nacional “Las Políticas Públicas en la realización del derecho a la alimentación”.

En cumplimiento del mandato de la Ley 1355 de 2009 (Ley de Obesidad), se elaboraron los siguientes reglamentos técnicos:

- a) Reglamento técnico de grasas saturadas y grasas Trans, el cual surtió el proceso de consulta pública nacional y actualmente está en consulta pública internacional ante la Organización Mundial de Comercio – OMC.
- b) Reglamento técnico sobre el Etiquetado o Rotulado Nutricional aprobado y adoptado mediante Resolución 333 de 2011 previas consultas públicas nacional e internacional por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se notificó ante la OMC para su conocimiento oficial.
- c) Reglamento técnico de comercialización de productos de peso corporal; se realizó la consulta pública nacional la cual está en revisión, ajuste y concertación con los sectores involucrados para posterior consulta pública internacional ante la OMC.

De igual manera se expidió la Resolución 4254 de 2011, que establece las disposiciones relacionadas con el rotulado o etiquetado de alimentos derivados de Organismos Genéticamente Modificados – OGM para consumo humano y la identificación de materias primas para consumo humano que los contengan. Las disposiciones aplican a las actividades de fabricación, comercialización, expendio e importación de alimentos y materias primas que contengan o sean Organismos Genéticamente Modificados – OGM. Así mismo durante el periodo de referencia, se expidieron 12 resoluciones de aprobación de OGM, para su uso en la industria de alimentos para consumo humano. Las resoluciones de autorización son el resultado del proceso de evaluación de las solicitudes hechas ante Comité Técnico Nacional de Bioseguridad para Organismos Vivos modificados de uso en salud o alimentación humana, siguiendo los lineamientos del Decreto 4525 de 2005.

3.9. Salud Ambiental

En el marco de la Estrategia de Entornos Saludables se ha participado activamente en la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA, logrando la creación de una Mesa Temática de Entornos Saludables en dicha comisión. Esto permitirá fortalecer la coordinación de las políticas y estrategias de los Ministerios de Salud y Protección Social, Educación Nacional, Trabajo; Vivienda, Ciudad y Territorio, Ambiente y Desarrollo Sostenible y de entidades como el Departamento Nacional de Planeación, el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, el Departamento para la Prosperidad Social, la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema y la Organización Panamericana de la Salud.

Avances desarrollo Conpes 3550 de 2008. Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA y Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSAS

- En cumplimiento del Decreto 2972 de 2010, se crearon cinco mesas temáticas en la CONASA: 1. Conceptual; 2. Calidad del Agua; 3. Seguridad Química; 4. Entornos Saludables; 5. Enfermedades Transmitidas por Vectores. De igual forma, se articuló el trabajo con otros espacios de coordinación nacional, tales como: la Comisión intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – MSF; el consejo nacional de control de zoonosis y la mesa interinstitucional de calidad del agua.

- Durante la vigencia del año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social asumió la presidencia de la CONASA.
- Se apoyó y realizó asistencia técnica para la conformación de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA; a la fecha se han conformado, mediante acto administrativo, los COTSA en Guaviare, Bogotá, Magdalena Manizales y Valle del Cauca; se encuentran en proceso de conformación los Consejos Territoriales de Atlántico, Distrito de Barranquilla, Santiago de Cali, Meta, Santa Marta, Nariño y Huila.

Registros sanitarios, conceptos toxicológicos y permisos de experimentación, expedidos entre Julio 1 de 2011 y mayo 30 de 2012.

En el periodo descrito se tramitaron 1.181 solicitudes, resultado de las cuales se expedieron 327 conceptos toxicológicos; 259 dictámenes toxicológicos; 68 conceptos; 54 permisos de experimentación; 7 registros sanitarios; y 793 respuestas a consultas, revisiones de etiquetas, autorización de modificaciones, entre otros.

4. PROMOCIÓN SOCIAL

4.1. Primera infancia, niños, niñas y adolescentes

Primera Infancia. En el marco de la Estrategia “De 0 a Siempre” y de la Mesa Nacional de Primera Infancia, se apoyó la definición de una ruta de atención integral, se adelantaron acciones de formación a 400 servidores/as públicos, líderes comunitarios, agentes de salud y agentes educativos con el fin de desarrollar destrezas y habilidades sobre desarrollo infantil temprano y lactancia materna en emergencia como estrategia para avanzar en la garantía de los derechos de los y las infantes en situación de vulnerabilidad social, en especial de quienes son víctimas del conflicto armado y del desplazamiento forzado.

Niños, niñas y adolescentes. Con base en la participación en la mesa técnica nacional de infancia y adolescencia se publicaron los lineamientos de política pública para el desarrollo de niños, niñas y adolescentes en departamentos y municipios; éstos fueron divulgados a 200 servidores públicos con el fin de facilitar su incorporación en los planes de desarrollo territorial. También se definieron los indicadores de seguimiento del derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes del Sistema Único de Información para Niñez, SUIN. Fue elaborado el informe sectorial sobre garantía del derecho a la salud de los niños y niñas para su inclusión en el IV y V informe sobre los Derechos de Niños y Niñas de las Naciones Unidas.

Envejecimiento y Vejez. Se concertó y actualizó nueva versión documento de política nacional de Envejecimiento y Vejez, con el aporte del DANE, COLDEPORTES, SENA, Ministerios de Educación Nacional, Vivienda, Ciudad y Territorio, Industria, Comercio y Turismo, Ambiente y Desarrollo Sostenible, de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones, Academia, Federación Nacional de Personas Mayores, Asocajas, entre otros. Fueron identificadas 1.700 instituciones que brindan servicios sociales a las personas mayores en 22 entidades territoriales. Se diseñó y difundió de manera conjunta con el SENA el curso de formación para la atención integral de personas mayores en domicilio, el cual se encuentra disponible desde febrero del 2012 para personal vinculado a centros de promoción social de adulto mayor. Se transfirieron recursos de concurrencia a 8 departamentos por valor de \$ 454 millones para apoyar la implementación de la política nacional de envejecimiento y vejez, en los aspectos

relacionados con la garantía de derechos de las personas mayores en situación de vulnerabilidad social.

Se elaboró y presentó a la Cancillería el informe de Colombia “Examen y evaluación de la declaración de Brasilia en América Latina y El Caribe”.

Familia. En desarrollo de la Ley 1361 de 2009, se elaboró una propuesta de política pública nacional para las familias colombianas, construida de manera participativa con actores nacionales y territoriales.

4.2 Red Unidos

La operación de la Estrategia Red Unidos se implementó en noviembre de 2001 desde la Agencia para la Acción Social y la Cooperación Internacional – Acción Social; a partir del 3 de noviembre de 2011, el Decreto 4160 determinó que la implementación se haría a través de la Agencia para la Superación de la Pobreza Extrema - ANSPE. Por consiguiente, el Ministerio de Salud y Protección Social ha continuado con la articulación directamente con la ANSPE para el cumplimiento de los objetivos relacionados con salud y nutrición en la población en extrema pobreza focalizada por la Estrategia.

Actualmente, la Red Unidos tiene focalizadas a 1.469.519 familias en todo el territorio nacional que reciben acompañamiento por parte de cogestores sociales, los cuales son contratados por la ANSPE para orientar a la familia en su proceso de superación de su condición de vulnerabilidad y acompañamiento para que accedan a los servicios a los que son elegibles.

Con el fin de avanzar en el cumplimiento de los logros de salud, el MSPS en coordinación con la ANSPE ha dado lineamientos a los entes territoriales para la afiliación al SGSSS de la población Unidos y la atención de la población en las atenciones correspondientes en primera infancia y en general para que accedan a las intervenciones de promoción de salud a las cuales tienen derecho en el marco del SGSSS en salud. En discapacidad, se llevó a cabo un piloto para la identificación y atención de la población Unidos en situación de desplazamiento con discapacidad en el marco del Auto 006, identificando a 739 personas con estas características en 4 municipios y generando fortalecimiento institucional en el territorio para su atención; de igual manera se está avanzando en la expansión del piloto durante el 2012. De manera complementaria, el Ministerio ha capacitado a 687 cogestores sociales en conceptos básicos de nutrición y lactancia materna,

con el fin de que puedan orientar a las familias en estas temáticas. Buscando la articulación y la adecuación de la oferta de los servicios del Estado, el MSPS continúa liderando las mesas técnicas para los temas de nutrición y discapacidad donde se discuten proyectos e iniciativas para avanzar en la atención de la población Unidos.

De otra parte, el MSPS continúa adelantado acciones para articular y asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información con la Red Unidos. El Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, administrado por el MSPS, ha continuado con el cargue de los programas sociales del Estado y genera informes de la atención de la población Unidos en los mismos.

4.3 Personas y colectivos víctimas del conflicto armado

Afiliación al SGSSS de personas en situación de desplazamiento - PSD. A noviembre de 2011 han sido afiliadas 2.063.955 personas en situación de desplazamiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS. Esto corresponde al 90.30% de las 2.286.472 personas en situación de desplazamiento, plenamente identificadas en el cruce de bases de datos entre el RUPD y la BDUA.

Cuadro No. 47
Afiliación al SGSSS de Personas en Situación de Desplazamiento

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| Número de personas en desplazamiento correctamente identificadas en el cruce entre RUPD y BDUA | Sin Dato | 1.349.372 | 1.913.739 | 2.183.980 | 2.286.472 |
| Total de personas en situación de desplazamiento afiliadas activas al SGSSS | 1.023.925 | 1.044.387 | 1.744.954 | 1.923.091 | 2.063.955 |
| Porcentaje de personas afiliadas al SGSSS | Sin Dato | 77,40% | 91,18% | 88,05% | 90,27% ²³ |
| Valor estimado financiado por el Ministerio –FOSYGA-, para régimen subsidiado PSD. | | | | \$446,065 | \$511,035 |

²³ Las variaciones en el porcentaje de afiliación desde el 2009 hasta el 2011 se deben a la identificación plena de las personas incluidas en las bases de datos: de Población en situación de desplazamiento y de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS.

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Millones de Pesos | | | | | |
| Fecha de corte del cruce | <i>31 Diciembre de 2007</i> | <i>31 Diciembre de 2008</i> | <i>31 Diciembre de 2009</i> | <i>31 Diciembre de 2010</i> | <i>30 Noviembre de 2011</i> |

Fuente: DPS-UNARIV, Registro Único de Población Desplazada – RUPD, Ministerio de Salud y Protección Social, Base de Datos Única de Afiliados – BDUA

Nota: La diferencia del porcentaje de afiliación de la PSD entre el 2009 y 2010 se debe a que en la depuración de la base de datos se eliminaron registros duplicados o mal identificados de las personas en desplazamiento.

Financiación de las atenciones en salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda para PSD. En 2011 se asignaron 50.000 millones de pesos a las 36 entidades territoriales para atenciones en salud de población en situación de desplazamiento no afiliada y para atenciones no POS de los afiliados al régimen subsidiado. Con estos recursos se tiene un reporte parcial de 48.946 personas atendidas.

Atención en salud a Población en Situación de Desplazamiento -PSD. Según datos parciales de los registros individuales de prestación de servicios remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social desde las Entidades Territoriales, se identifica un total de 757.569 PSD atendidas durante el 2011, con un promedio de 8 atenciones al año. El registro individual de prestaciones de salud para PSD durante el periodo 2009-2011, fue:

Cuadro No. 48

Atención en Salud Población en Situación de Desplazamiento

| Datos | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Número de atenciones - RIPS | 6.896.255 | 6.605.281 | 6.628.344 |
| Número de Personas Atendidas - RIPS | 747.729 | 786.801 | 757.569 |
| Promedio de atenciones por persona | 9,22 | 8,40 | 8,75 |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Consulta de junio 21 de 2012.

Proyecto inclusión social, con enfoque psicosocial, para personas y colectivos víctimas del conflicto armado o del desplazamiento forzado en áreas rurales y/o urbanas del país. Proyecto ejecutado desde octubre de 2011 en 71 municipios, de 16 departamentos de Colombia²⁴, a través de cuatro

²⁴ Los municipios priorizados por el proyecto fueron: Atlántico (Barranquilla, Soledad, Luruaco), Guajira (Uribia, Riohacha, Bahía Portete), Sucre (Sincelejo, Palmitos, San Onofre, Ovejas), Magdalena (Santa Marta, Ciénaga), Norte de Santander (San Calixto, Teorema, Convención, Tibú, El Tarra, Sardinata), Bolívar (Carmen, María La Baja, Cartagena, San Juan Nepomuceno, Mahates, San Jacinto, Magangué, Tiquisio), Chocó (Quibdo, Carmen del Darién, Bojayá Buenavista, Bagadó, Acandí), Antioquia (Caucasia, Tarazá, Ituango, Zaragoza, Apartadó, Turbo), Córdoba (Monte Líbano, Tierra Alta, Puerto Libertador), Caquetá (Florencia, Puerto Rico, Montañita), Putumayo (Mocoa, Valle del Guamuez, Puerto Asís, San Vicente

componentes orientados a impulsar procesos locales y a reconstruir tejidos sociales: a) sensibilización; b) constructores de sociedad (construcción de identidades sociales); c) formación y desarrollo de capacidades (gestión social para la atención diferencial e integral); d) iniciativas locales de inclusión social. Tiene una cobertura de 30.000 beneficiarios directos y 120.000 indirectos. En este proceso han sido sensibilizadas 3.500 personas de comunidades y organizaciones de víctimas y 195 servidores públicos en la estrategia de intervención psicosocial; se conformaron 29 grupos compuestos por 580 multiplicadores para implementar herramientas psicosociales en sus comunidades; 60 personas en 13 zonas del país se encuentran en proceso de formación en herramientas psicosociales. De los 16 departamentos, 12 gobernadores y sus respectivos alcaldes suscribieron acuerdo de voluntad con el Ministerio de Salud y la Pastoral Social para el desarrollo del proyecto.

El apoyo a la gestión territorial para la promoción social de las poblaciones vulnerables, busca organizar y articular la respuesta del sector salud y protección social para la atención integral de las víctimas del conflicto armado, a través de tres componentes: 1) fortalecimiento institucional; 2) fortalecimiento comunitario; 3) evaluación, seguimiento y gestión de información en entidades departamentales, municipales y distritales. Para la implementación, monitoreo y seguimiento del apoyo a la gestión territorial, se distribuyeron y transfirieron \$1.002 millones a 18 entidades territoriales²⁵.

Modelo de monitoreo y evaluación. Aplicativo informático desarrollado por el Ministerio e implementado a través de las Secretarías Territoriales de Salud, da cuenta de los ocho programas y nueve estrategias que integran la política de atención a las personas en situación de desplazamiento.

Cumplimiento Auto 092 de 2008. Mediante el programa de promoción de la salud, 13 departamentos elaboraron propuestas de mejoramiento y acciones de monitoreo para la superación de barreras a la atención en salud de las personas y colectivos en situación de desplazamiento y personas con discapacidad. Se distribuyeron \$712 millones a 25 municipios y 3 distritos²⁶ con el propósito de garantizar el recurso humano territorial para apoyar la implementación del programa de abordaje psicosocial y salud mental.

del Caguán, Cartagena del Chairá, Puerto Leguizamó), Arauca (Tame, Arauca, Arauquita), Meta (Villavicencio, Granada, San Juan de Arama, Vista Hermosa), Cauca (Popayán, Corinto, Caloto, Santander de Quilichao, Puerto Tejada, Villa Rica, Toribio), Valle del Cauca (Trujillo, Buenaventura, Buga), Nariño (Barbacoas, Tumaco, El Charco, La Tola).

²⁵ Caldas, Córdoba, Cesar, Santa Marta, Guajira, Cartagena, Magdalena, Barranquilla, Risaralda, Quindío, Casanare, Boyacá, Guainía, Vichada, Vaupés, Valledupar, Montería, Tunja.

²⁶ Medellín, Ituango, Soledad, Barranquilla, Bogotá D. C., Carmen de Bolívar, María La Baja, San Juan Nepomuceno, Cartagena, Argelia, Popayán, Florencia, San José del Guaviare, Neiva, Hobo, Villavicencio, Acacias, Tibú, Cúcuta, Mocoa, Valle del Guamuez, Bucaramanga, Los Palmitos, Sincelejo, San Onofre, Ovejas, Cali, Tuluá.

Programa Mis Derechos Primero, Auto 251 de 2008: Para el año 2011 se atendieron en salud 101.387 niños, niñas y adolescentes y se hizo acompañamiento a 1961 niños y niñas en promoción de salud, promoción social y acceso a los servicios de salud. Se formaron 154 agentes comunitarios en herramientas psicosociales y 154 en la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. Se grabaron y difundieron cuatro programas radiales sobre los impactos psicosociales del desplazamiento forzado, rehabilitación basada en la comunidad, prevención y atención de la discapacidad, rutas de atención integral y los programas sociales para la primera infancia. Se distribuyeron \$548 millones como recursos de concurrencia para garantizar el recurso humano territorial y para apoyar la implementación del programa en Antioquia, Cauca, Guajira, Cesar, Huila, Córdoba, Norte de Santander, Cundinamarca, Meta, Magdalena, Bolívar, Atlántico.

Implementación de la Ley 1448 de 2011. El Ministerio de Salud y Protección Social conformó un comité institucional para la salud y protección social de las víctimas del conflicto armado. Producto de la gestión de este comité se cuenta con: 1) protocolo de salud con enfoque psicosocial; 2) programa de atención psicosocial y salud integral; 3) medidas de monitoreo y seguimiento de la atención integral en salud y psicosocial.

Los desarrollos y avances del Ministerio de Salud y Protección Social descritos han sido incorporados dentro del recientemente expedido documento Conpes 3726 de 2012 que fija el Plan Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas del Conflicto Armado.

4.4 Personas y colectivos con discapacidad

Construcción de la Política pública en discapacidad e inclusión social. Proceso liderado por el Ministerio como ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad –SND en el marco de la Convención para Personas con Discapacidad. Se realizaron 15 talleres de Política Pública para el desarrollo de planes de acción en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Arauca, Caquetá, Chocó, Guaviare, Nariño, Putumayo, Santander, Norte de Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Cauca y el Distrito de Barranquilla, con la participación de 735 personas con discapacidad - PCD y otras condiciones de vulnerabilidad, líderes de organizaciones de PCD, y los referentes de discapacidad institucionales de cada territorio. Fueron transferidos recursos por un total de \$3.000 millones a 18 departamentos para el desarrollo de acciones de inclusión social de personas con discapacidad.

Estrategia “Encuentros Nación Territorio en torno a la Discapacidad”. Estrategia que busca el fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad iniciada en el año 2009. Durante el año 2011 se desarrollaron 9 sesiones de teleconferencias con una asistencia promedio de 200 personas por sesión, entre ellas servidores públicos, representantes de organizaciones de y para la discapacidad, organismos internacionales y organizaciones sociales.

Procesos de rehabilitación de las víctimas de minas antipersonales - MAP. Se dio continuidad al proyecto conjunto con la Agencia Presidencial para la Atención Integral Contra Minas, para el “Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral para las personas con discapacidad, especialmente víctimas de accidentes con minas antipersonal”, en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca. Sus resultados han aportado a la formación especializada de 1057 profesionales en rehabilitación funcional, mediante capacitación virtual y 35 profesionales de 11 Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS, de ocho municipios del Valle del Cauca, en forma presencial.

Caracterización y localización en línea de las personas con discapacidad. Se diseñó e implementó un aplicativo por medio de un formulario electrónico por Internet para la localización y caracterización de las personas con discapacidad integrando esta información con bases de datos del Gobierno nacional para mejorar la caracterización obtenida por este registro. Desarrollo de un sistema de consulta para acceder a la información estadística detallada de las personas con discapacidad desde cualquier lugar del país. Actualmente se tienen 861.836 personas con discapacidad, caracterizadas y 454 instituciones de 21 departamentos capacitadas para la aplicación del registro a nivel municipal.

Cumplimiento Auto 006 de 2009. Se diseñó el “Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado”, así como el modelo de intervención interinstitucional e intersectorial, implementado como piloto en Sincelejo (Sucre), Mocoa (Putumayo), Florencia (Caquetá) y Chaparral (Tolima), en población desplazada y con discapacidad. La implementación del Programa y del modelo de intervención posibilitaron focalizar verificar las necesidades de 739 personas en situación de desplazamiento con discapacidad (PSD-D), en trabajo conjunto con la Red Unidos; la identificación y articulación de la oferta institucional municipal; definición de rutas diferenciales de atención. Lo anterior con la participación de las organizaciones de personas en situación de desplazamiento con discapacidad.

Fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad

Consejo Nacional de Discapacidad CND. Se instaló en mayo de 2011 y se han realizado 9 sesiones. El CND aprobó el reglamento interno mediante Acuerdo 001

de 2011, el Plan Nacional de Discapacidad 2012-2018 y estableció directrices para el Grupo de Enlace Sectorial – GES respecto a la gestión del proceso de formulación del nuevo documento Conpes sobre discapacidad e inclusión social.

Comités Departamentales y Municipales de Discapacidad. El Ministerio de Salud y Protección Social realizó un trabajo de fortalecimiento de las Entidades Territoriales logrando la creación de 221 nuevos comités, como lo muestra el siguiente cuadro:

Cuadro No. 49

Comités Departamentales y Municipales de Discapacidad

| Comités Conformados | 2009 | 2011 |
|---|------|------|
| Comités Departamentales de Discapacidad | 22 | 25 |
| Comités Municipales de Discapacidad | 163 | 384 |

Fuente: Oficina de Promoción Social . MSPS

4.5 Grupos étnicos

Compromisos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. En cumplimiento de los compromisos establecidos por la 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.²⁷

- 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 departamentos²⁸, avanzando en la caracterización de salud de comunidades indígenas 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, se destinó la suma de \$400 millones²⁹ y se están beneficiando cerca de 265.000 indígenas.

Apropiación e implementación de la estrategia de entornos saludables, adecuada socioculturalmente para los pueblos indígenas. Se gestionó la auto construcción de 40 viviendas en la comunidad indígena del Refugio y su articulación con el programa de control de vectores y salud ambiental del pueblo indígena Tukano Oriental (San José del Guaviare, Guaviare), la entrega de filtros de agua en la comunidad de Santa Rosita y su articulación con el programa de control de vectores y salud ambiental -pueblo indígena Awá- (Tumaco, Nariño); la entrega de filtros de agua en la comunidad Doza y municipio de Tuchín, su articulación con acciones de salud pública y con el programa de control de vectores y salud ambiental; capacitaciones en la Estrategia Vivienda Saludable, formación de agentes comunitarios de vivienda saludable; y conjuntamente con el SENA, la auto construcción de 105 viviendas para los pueblos indígenas Embera Katío y Zenú (Tierralta y San Andrés de Sotavento, Córdoba).

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.

²⁷ El monto de los recursos aquí referido frente a los reportados en el cuadro anexo para el apoyo a los procesos con grupos étnicos varía en razón a que allí se presenta según distribución entre las entidades territoriales.

²⁸ Uitoto (Amazonas), Embera Chamí (Caldas), Shiripu, Wipiwi, Amoruas, Yamaleros- Yaruros, Maiben-Masiware, Cuibas, Salibas, Sikuaní (Casanare), Curripaco, Puinave, Tucano, Piratapuyo (Guainía), Wayuu (Guajira), Awá (Nariño) y Pijaos (Tolima).

²⁹ En el marco del convenio No. 184 de 2011 suscrito entre Ministerio de Salud y Protección Social y OIM.

Cumplimiento Auto 004 de 2009. Participación continua en el proceso de concertación de acciones de salud y protección social del Programa de Garantías de los Derechos de los Pueblos Indígenas. Se giraron recursos a las entidades territoriales por valor de \$490 millones 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 departamentos³⁰ 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.

4.6 Población inimputable por trastorno mental

Atención y asistencia a la población declarada jurídicamente inimputable por trastorno mental e inmadurez psicológica. El Ministerio garantiza la atención y la asistencia social a las personas declaradas jurídicamente como inimputables, autorizando la internación en los Centros de Rehabilitación contratados por las 13 entidades territoriales a las que durante 2011 se asignaron \$12.176 millones para este fin en centros especializados. El proceso de atención a esta población implica coordinación, capacitación y articulación entre la Rama Judicial, Fiscalía, Instituto Nacional de Medicina legal, Fuerzas Militares, INPEC, Secretarías de Salud, Alcaldía, Defensoría y Procuraduría y Centros Especializados. A Mayo del 2012, 355 pacientes se encuentran cumpliendo la medida de seguridad consistente en la internación.

4.7 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

Para desarrollar proyectos de “Promoción de trato digno y prevención de violencia intrafamiliar y comunitaria hacia las personas con discapacidad en situación de desplazamiento forzado a causa del conflicto armado y población receptora vulnerable”, el Ministerio de Salud y Protección Social destinó \$1.400 millones provenientes del Impuesto Social a Municiones y Explosivos que se asignaron a Amazonas, Atlántico, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Guajira y

³⁰ Zenú, Embera Katio y Kuna (Antioquia), Embera Chamí (Caldas), Embera Katío y Zenú (Córdoba), Embera Chamí, Yanacona, Guambianos, Pijaos y Nasa (Huila), Sikuaní, Nasa y Guayabero (Meta), Eperara Siapidara e Inga (Nariño), Kofan y Kichwa (Putumayo), Zenú (Sucre), Pijaos y Nasa (Tolima).

Norte de Santander. Durante el año 2011 contó con la participación de 3.549 personas.

4.8 Mujer y Género

Reglamentación de la Ley 1257 de 2008. Con base en un ejercicio de coordinación interna fue expedido el Decreto 4796 de 2011, *“Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 8, 9, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008”*. El decreto establece los criterios para otorgar las medidas de atención en habitación, alimentación, transporte y el monto de un subsidio monetario, para mujeres sujetos de protección.

Estrategia de transversalización del enfoque de género en el sector salud. Se realizó la socialización, validación y ajuste de los “Lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud” y del “Manual básico para facilitadores y facilitadoras - género y salud” con la participación de 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.

Política pública de equidad de género. Para su construcción y según lo ordenado en el Artículo 117 de la Ley 1450 de 2011, se realizaron cuatro consultas regionales en Amazonas, San Andrés y Providencia y tres consultas sectoriales sobre “Mujeres con Discapacidad y Cuidadoras”, “Mujer y Deporte” y “Mujer Caficultora”.

5. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

5.1. Comportamiento de los recursos del sector salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se financia con recursos fiscales y parafiscales. Para la vigencia 2012 se proyectan recursos para el Sistema por valor de \$30,2 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del Sistema de 30.69% con respecto a la vigencia 2009 (en pesos de 2012), el cual se justifica fundamentalmente por la generación de nuevos recursos definidos en la Ley 1393 de 2010 por valor de \$1.5 billones y un incremento considerable de las cotizaciones del Régimen Contributivo que financian dicho Régimen y cofinancian el Régimen Subsidiado de salud, rubro en el que además se incluyen los recursos de excedentes de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y los nuevos recursos de las Cajas de Compensación Familiar que determina la Ley 1438 de 2011.

En el caso de regalías que se destinan a financiar el régimen subsidiado de salud, los recursos previstos para la presente vigencia se disminuyen respecto del 2009, como consecuencia de la aplicación del Artículo 145 de la Ley 1530 de 2012 por la cual se garantiza la operación del Sistema General de Regalías y del CONPES 151 de mayo de 2012, mediante el cual se definen los criterios y la metodología para la aplicación del precitado artículo, recursos que serán sustituidos con fuente Nación.

A continuación se detallan las fuentes que financian el sector y las variaciones entre las vigencias 2009 y 2012, así:

Cuadro No. 50
Fuentes Salud Recursos Fiscales y Parafiscales

| Cifras en Millones de Pesos de 2012 | | | |
|---|-------------------|-------------------|---------------|
| | 2009 | 2012 | VAR |
| Cotizaciones (Incluye Excedentes FOSYGA) y CCF | 14,036,024 | 18,659,547 | 32.94% |
| Sistema General de Participaciones | 5,236,641 | 5,981,902 | 14.23% |
| Rentas Cedidas | 1,280,613 | 1,221,615 | -4.61% |
| Subcuenta ECAT (SOAT) Incluye Excedentes | 1,095,732 | 1,453,728 | 32.67% |
| Regalías | 369,636 | 160,653 | -56.54% |
| Esfuerzo Propio | 465,206 | 507,540 | 9.10% |
| Ley 1393 de 2010 | - | 1,543,708 | 100.00% |
| Aportes de la Nación Subcuenta de Solidaridad FOSYGA | 600,880 | 641,156 | 6.70% |
| Total Fuentes Salud Recursos Fiscales y Parafiscales | 23,084,732 | 30,169,849 | 30.69% |

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS. Proyecciones MSPS

Los anteriores recursos se destinan principalmente a la financiación de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, 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.

Medidas tomadas por el Ministerio a partir de la Ley 1438 de 2011 para mejorar el Flujo de Recursos

A partir de la expedición de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio ha tomado las siguientes medidas para mejorar el flujo de recursos y el saneamiento financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

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, Empresas Sociales del Estado ESE e IPS privadas³¹.

³¹En septiembre de 2011, cerca de 747 IPS públicas, 18 privadas y 4 mixtas recibieron giro directo

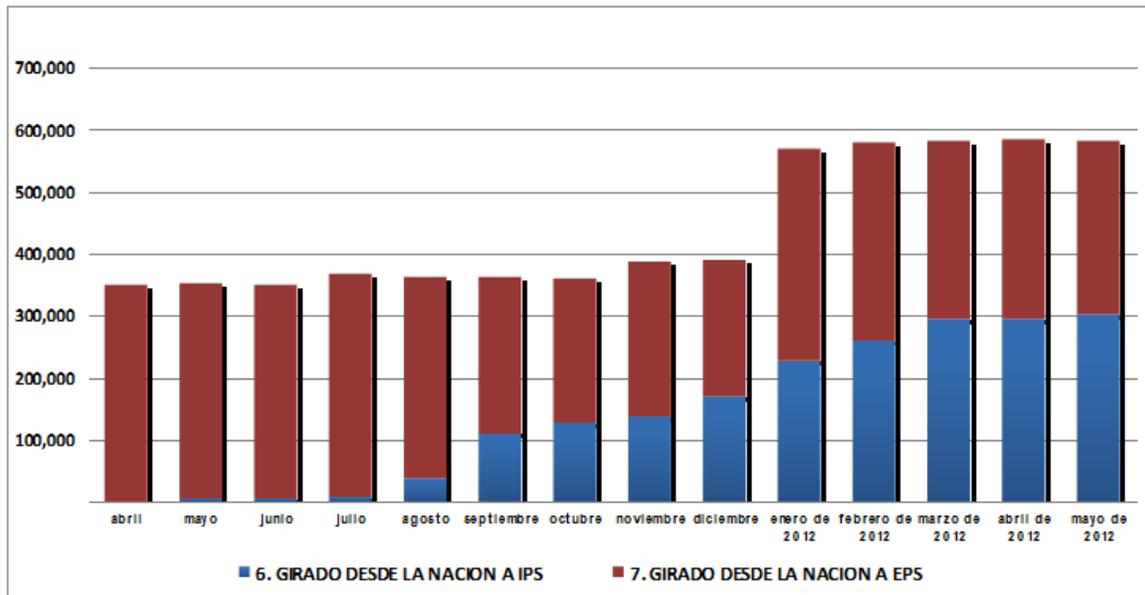
Desde abril de 2011 los recursos del Régimen Subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de Aportes del Presupuesto General de la Nación se giran directamente a las EPS e IPS.

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.

El valor de las Unidades de Pago por Capitación UPC que mensualmente en promedio se liquidan y reconocen a las EPS, asciende a \$685 mil millones, de los cuales desde el Ministerio se giran directamente \$584 mil millones. Del monto girado por el Ministerio, 52% tiene como destinatarias a las IPS

Gráfico No.5
Evolución del Giro Directo
Abril 2011- Mayo 2012



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social -

Mediante dicha medida entre abril y diciembre de 2011 se giraron \$604.060 millones; de enero a mayo de 2012 se han girado \$1.380.031 millones, así:

Cuadro No. 51
Giro Directo IPS

| IPS | Total 2011 Millones de Pesos | Total 2012 Millones de Pesos |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Red Publica | 519.505 | 924.682 |
| Nivel I | 370.929 | 626.807 |
| Nivel II | 98.009 | 191.086 |
| Nivel III | 50.567 | 106.789 |
| Red Privada | 82.104 | 421.088 |
| Red Mixta | 2.451 | 34.261 |
| Total Giro | 604.060 | 1.380.031 |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

De los \$924.682 millones girados a la Red Pública en el año 2012, el 67.78% se giró a las IPS del Nivel I, el 20.67% a IPS del Nivel II y el 11.55% a IPS del Nivel III.

Por su parte CAPRECOM en lo que respecta a los recursos girados para el año 2011, éstos alcanzaron un valor de \$128.416.5 millones; a mayo de 2012 el valor girado, \$319.660.8 millones, es superior en 148%; la modalidad de capitación se alcanzó a girar a 478 IPS contratadas en 495 municipios de los 748 municipios en que opera CAPRECOM lo que representa un 66% de los municipios cubiertos por Giro Directo, registrándose la siguiente distribución por capitación y eventos:

Cuadro No. 52

Giro Directo de Recursos por Modalidad de Pago

| Año | Capitación | Evento | Total | % Capita | % Evento |
|-------|--------------|-----------|--------------|----------|----------|
| 2011 | \$ 80,980,2 | 47,436,4 | \$ 128,416,6 | 63% | 37% |
| 2012 | \$ 143,633,0 | 175,757,9 | \$ 319,660,8 | 45% | 55% |
| TOTAL | \$ 224,613,2 | 223,194,3 | \$ 448,077,4 | 50% | 50% |

: Fuente: Publicación pagina web Ministerio de Salud –Giro Directo

Expedida la Resolución 2320 del 2011, el número de municipios beneficiados con giro directo pasó de 31 en abril de 2011 a 473 en junio, lo que representa un incremento del 4% al 63% de los municipios en los que opera Caprecom, tal como está contenido en los siguientes cuadros:

Cuadro No.53

Comportamiento de Giro Directo
2011-2012

| Giros realizados a las IPS habilitadas en virtud de la resolución 2320 de 2011 | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Modalidad Capita y Evento | | | | | | | |
| Prestadores Habilitados x giro directo | | | | | | | |
| AÑO | Periodo | IPS con giro capitado | IPS con giro evento | Total IPS con giro directo | % IPS vs habilitadas por el MSPS | Municipios beneficiados | % mpios con giro directo |
| 2011 | Abril | 31 | 0 | 31 | 100% | 31 | 4% |
| | Diciembre | 418 | 198 | 533 | 39% | 496 | 66% |

Fuente: Publicación pagina web Ministerio de Salud –Giro Directo

| Giros realizados a las IPS habilitadas en virtud de la resolución 2320 de 2012 |
|--|
|--|

| Modalidad Capita y Evento | | | | | | | |
|---------------------------|---------|-----------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| AÑO | Periodo | IPS con giro capitado | IPS con giro evento | Total IPS con giro directo | % IPS vs habilitadas por el MSPS | Municipios beneficiados | % mpios con giro directo |
| 2012 | Enero | 449 | 192 | 581 | 38% | 518 | 69% |
| | Junio | 472 | 300 | 772 | 37% | 473 | 63% |

: Fuente: Publicación pagina web Ministerio de Salud –Giro Directo

Durante el periodo julio de 2011 a mayo de 2012, CAPRECOM IPS ha recibido giro directo del Ministerio de Salud y Protección Social, en cápita, por valor de \$39.045.1 millones; y en evento, por valor de \$21.801.0 millones, para un total de \$60.846.1 millones.

Cuentas Maestras

Como medida de seguimiento al flujo de los recursos entre EPS e IPS, el Ministerio reguló las condiciones de operación, funcionamiento y reporte de información de los movimientos bancarios de las cuentas maestras de las Entidades Promotoras de Salud.

Como se detalla a continuación, entre mayo de 2011 y abril de 2012 se realizaron pagos desde las cuentas maestras de las EPS a las IPS por \$2.6 billones, de los cuales \$1.4 billones se giraron a las IPS privadas y \$1.2 billones a IPS de naturaleza pública. Así mismo, se encuentra que, por nivel de complejidad en las IPS de naturaleza pública, se han girado \$660.215 millones al primer nivel, \$301.148 millones al segundo nivel y \$230.058 millones al tercer nivel.

Cuadro No. 54
Información Cuentas Maestras Entidades Promotoras de Salud

| | Mayo-Diciembre 2011 | Enero- Abril 2012 | Total Millones |
|-----------------------|---------------------|-------------------|------------------|
| Giro a las IPS | 1.710.504 | 852.608 | 2.563.112 |
| Giro a IPS Privadas | 857.070 | 495.479 | 1.352.549 |
| Giro a IPS Mixtas | 11.167 | 7.975 | 19.142 |
| Giro a IPS Públicas | 842.266 | 349.155 | 1.191.421 |
| Nivel 1 | 476.727 | 183.488 | 660.215 |
| Nivel 2 | 214.342 | 86.806 | 301.148 |
| Nivel 3 | 151.197 | 78.862 | 230.058 |

Fuente: Cálculos Dirección de Financiamiento Sectorial- Información entidades financieras. Corte 25 de mayo de 2012

Saneamiento de Cartera

Dando continuidad a las medidas tendientes al saneamiento de cartera por concepto de atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda a cargo de las entidades territoriales, que facilite las condiciones de sostenibilidad de las IPS públicas adoptadas durante el año 2010, se adelantaron las acciones necesarias para la asignación, ejecución y control de recursos dispuestos por la Nación para este propósito.

Para tal efecto durante la vigencia 2011 y lo corrido de 2012, se han asignado recursos a los departamentos y distritos por valor de \$709.294 millones, siendo importante destacar que el giro de estos recursos, previo el proceso de verificación y certificación que les corresponde a las entidades territoriales, se realiza de forma directa desde la Nación, a las instituciones prestadoras de servicios de salud acreedoras.

El siguiente cuadro presenta el consolidado de asignación de recursos de saneamiento de cartera de entidades territoriales tramitados a la fecha, por vigencia:

Cuadro No. 55
Asignación de recursos de saneamiento de cartera
2011-2012

| Departamento | 2011 | 2012 |
|---------------------|-------------|-------------|
| | Millones | |
| Amazonas | 708.3 | 264.8 |
| Antioquia | 51.833.2 | 36.802.0 |
| Arauca | 2.913.4 | 1.321.8 |
| Atlántico | 8.309.8 | 4.490.4 |
| Barranquilla | 1.981.2 | 4.821.4 |
| Bogotá | 47.600.2 | 15.846.5 |
| Bolívar | 18.107.4 | 12.904.9 |
| Boyacá | 10.628.9 | 6.517.0 |
| Caldas | 16.260.8 | 5.815.6 |
| Caquetá | 7.421.9 | 6.181.1 |
| Cartagena | 4.173.9 | 4.186.0 |

| Departamento | 2011 | 2012 |
|--------------------|------------------|------------------|
| Casanare | 3.908.4 | 0 |
| Cauca | 18.533.4 | 7.836.4 |
| Cesar | 23.116.4 | 6.154.8 |
| Chocó | 7.156.4 | 5.573.1 |
| Córdoba | 15.419.8 | 5.283.4 |
| Cundinamarca | 15.656.4 | 8.588.8 |
| Guainía | 173.1 | 92.8 |
| Guaviare | 3.048.0 | 1.029.2 |
| Huila | 9.547.5 | 15.000.2 |
| La Guajira | 5.883.5 | 6.145.7 |
| Magdalena | 6.828.8 | 4.974.1 |
| Meta | 12.963.4 | 2.132.1 |
| Nariño | 13.969.2 | 4.419.7 |
| Norte de Santander | 18.109.0 | 16.391.0 |
| Putumayo | 3.641.8 | 1.468.0 |
| Quindío | 4.789.9 | 2.383.8 |
| Risaralda | 3.502.5 | 3.179.8 |
| San Andrés | 0 | 39.5 |
| Santa Marta | 5.417.5 | 5.153.2 |
| Santander | 16.226.0 | 7.061.3 |
| Sucre | 11.373.9 | 10.148.0 |
| Tolima | 26.566.9 | 7.774.5 |
| Valle del Cauca | 73.037.9 | 18.883.7 |
| Vaupés | 794.6 | 229.0 |
| Vichada | 270.9 | 322.8 |
| Total | 469.875.9 | 239.418.1 |

Fuente : Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria MSPS

De igual manera la expedición del Decreto 1080 de 2012, marca un hito en el proceso de saneamiento. Esta norma tiene como principales objetivos reconocer y pagar las deudas por contratos de aseguramiento en el régimen subsidiado del periodo 1996 a marzo de 2011 que tienen las Entidades territoriales con las EPS, establecer el procedimiento para usar los recursos de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado y los establecidos en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 (FAEP, Propósito General de Libre inversión, regalías) en el pago de las deudas y girar los recursos reconocidos en el marco de este Decreto a los prestadores públicos; se espera que con su aplicación se logre sanear un porcentaje

importante de deudas del régimen subsidiado de salud por un valor estimado de \$500.000 millones.

Excedentes Financieros del Fosyga

En la vigencia 2010 el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA generó excedentes financieros, los cuales fueron incorporados a cada de las Subcuentas de acuerdo a los requerimientos de financiación, así:

- De los Excedentes Financieros de la Subcuenta de Solidaridad a 31 de diciembre de 2010 por valor de \$1.761.776 millones fueron incorporados al Presupuesto de la vigencia 2011 los siguientes:

Cuadro No. 56
Recursos Subcuenta de Solidaridad Incorporados al Presupuesto 2011

| SOLIDARIDAD Millones de Pesos | |
|---|------------------|
| Excedentes Financieros Vigencia 2007 | 363,876 |
| Excedentes Financieros Vigencia 2010 | 984,353 |
| TOTAL | 1,348,229 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA

Estos recursos se destinaron a la financiación de los siguientes programas:

Cuadro No. 57
Programas Financiados con Excedentes Subcuenta Solidaridad

| | |
|--|------------------|
| Ampliación de Cobertura Fallo Consejo de Estado | 363,876 |
| Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta Solidaridad FOSYGA | 984,353 |
| TOTAL | 1,348,229 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA -

- De los Excedentes Financieros de la Subcuenta de ECAT a 31 de diciembre de 2010 por valor de \$1.197.013 millones fueron incorporados al Presupuesto de la vigencia 2011 los siguientes:

Cuadro No.58

Recursos Subcuenta ECAT Incorporados al Presupuesto 2011

| ECAT Millones de Pesos | |
|--|------------------|
| Excedentes Financieros Vigencia 2010 - Subcuenta ECAT Art. 59 Ley 1420 de 2010 | 1,081,063 |
| TOTAL | 1,081,063 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA -

Estos recursos se destinaron a la financiación de los siguientes programas, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 59 de la Ley 1420 de 2010:

Cuadro No. 59

Programas Financiados con Excedentes Subcuenta ECAT Artículo 59 Ley 1420 de 2010

| ECAT Millones de Pesos | |
|---|------------------|
| Asistencia Técnica y Prevención en Emergencias y Desastres | 1,000 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales (Salud Mental, Discapacitados y Desplazados) Nacional (Distribución Previo Concepto DNP) | 3,000 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales a Nivel Nacional - Atención a población Desplazada - APD | 4,100 |
| Protección de la Salud Pública en el Ámbito Nacional | 126,182 |
| Proyecto programa ampliado de inmunizaciones - PAI - Nacional regional Nacional | 174,329 |
| Estudio y Elaboración de Programa Vulnerabilidad Sísmica Estructural en Instituciones Hospitalarias a Nivel Nacional | 13,100 |
| Mejoramiento Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de las Instituciones de la Red Pública Hospitalaria del País | 40,000 |
| Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA-Atención a la Población Desplazada-APD a Nivel Nacional | 134,500 |
| Implantación de Proyectos para la Atención Prioritaria en Salud a Nivel Nacional | 164,000 |
| Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA | 420,852 |
| TOTAL | 1,081,063 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA -

En la vigencia 2011 el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA generó excedentes financieros, los cuales fueron incorporados a cada de las Subcuentas de acuerdo a los requerimientos de financiación, así:

- De los Excedentes Financieros de la Subcuenta de Solidaridad a 31 de diciembre de 2011 por valor de \$2.471.800 millones fueron incorporados al Presupuesto de la vigencia 2012 los siguientes:

Cuadro No. 60
Recursos Subcuenta Solidaridad Incorporados al Presupuesto 2012

| SOLIDARIDAD Millones de Pesos | |
|---|------------------|
| Excedentes Financieros Vigencia 2011 | 2,004,715 |
| TOTAL | 2,004,715 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA -

Estos recursos se destinaron a la financiación de los siguientes programas:

Cuadro No. 61
Programas Financiados con Excedentes Subcuenta Solidaridad

| Solidaridad Millones de Pesos | |
|--|------------------|
| Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta Solidaridad FOSYGA | 2,004,715 |
| TOTAL | 2,004,715 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA -

- De los Excedentes Financieros de la Subcuenta de Promoción a 31 de diciembre de 2011 por valor de \$120.454 millones fueron incorporados al Presupuesto de la vigencia 2012 los siguientes:

Cuadro No. 62
Recursos Subcuenta Promoción Incorporados al Presupuesto 2012

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Promoción Millones de Pesos | |
| Excedentes Financieros Vigencia 2011 | 5,000 |
| TOTAL | 5,000 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA –

Estos recursos se destinaron a la financiación de los siguientes programas:

Cuadro No. 63

Programas Financiados con Excedentes Subcuenta Promoción

| | |
|---|--------------|
| Promoción Millones de Pesos | |
| Atención Población Implantada -Prótesis PIP | 5,000 |
| TOTAL | 5,000 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA –

- De los Excedentes Financieros de la Subcuenta de ECAT a 31 de diciembre de 2011 por valor de \$1.211.045 millones fueron incorporados al Presupuesto de la vigencia 2012 los siguientes:

Cuadro No. 64

Recursos Subcuenta ECAT Incorporados al Presupuesto 2012

| | |
|--|----------------|
| ECAT Millones de Pesos | |
| Excedentes Financieros Vigencia 2011 - Subcuenta ECAT Art. 57 Ley 1485 de 2011 | 790,546 |
| TOTAL | 790,546 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA –

Estos recursos se destinaron a la financiación de los siguientes programas, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1485 de 2011, así:

Cuadro No. 65
Programas Financiados con Excedentes Subcuenta ECAT

| ECAT | |
|---|----------------|
| Millones de Pesos | |
| Asistencia Técnica y Prevención en Emergencias y Desastres | 1,000 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales (Salud Mental, Discapacitados y Desplazados) Nacional (Distribución Previo Concepto DNP) | 3,000 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales a Nivel Nacional - Atención a población Desplazada - APD | 4,223 |
| Protección de la Salud Pública en el Ámbito Nacional | 100,883 |
| Proyecto programa ampliado de inmunizaciones - PAI - Nacional regional Nacional | 199,329 |
| Estudio y Elaboración de Programa Vulnerabilidad Sísmica Estructural en Instituciones Hospitalarias a Nivel Nacional | 15,100 |
| Mejoramiento Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de las Instituciones de la Red Pública Hospitalaria del País | 89,800 |
| Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA-Atención a la Población Desplazada-APD a Nivel Nacional | 134,500 |
| Implantación de Proyectos para la Atención Prioritaria en Salud a Nivel Nacional | 149,000 |
| Capacitación del recurso humano del sector salud, becas crédito | 11.000 |
| Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA | 82,711 |
| TOTALES | 790,546 |

Fuente: Ejecución Presupuestal FOSYGA -

Sostenibilidad Financiera del Sistema

La financiación del Régimen Subsidiado de salud se encuentra garantizada en el corto y mediano plazo, incluida la nivelación del POS que entra a regir a partir del 1 de julio de 2012. Para la financiación de la cobertura universal y de la unificación se utilizarán los recursos de excedentes del FOSYGA y aportes adicionales de la Nación, los cuales se encuentran ya previstos en el marco fiscal de mediano plazo. El balance corriente de la Subcuenta de Compensación en el año 2011 que se establece a partir de las variables inherentes al proceso de Giro y Compensación, fue superavitario en \$2 billones 200 mil millones, como resultado de la dinámica de crecimiento del ingreso base de cotización por encima del crecimiento del salario mínimo (8.12%), así como la tendencia decreciente de la densidad familiar y el comportamiento creciente de la densidad salarial, variables que en conjunto permiten sostener el superávit corriente de la subcuenta en el año 2011; este resultado representa un 15.9% de las cotizaciones.

Para el caso del Régimen Contributivo, en el año 2011 los afiliados compensados ascendieron a 19.321.377, lo que representa un crecimiento del 2.4% frente al

2010, y 5.35% frente al 2009; en cifras absolutas esto representa 452.217 afiliados adicionales. Por tipo de afiliado, los cotizantes suman 9.324.033 y registran un incremento del 5.02%, es decir, 445.452 más que en el 2010. Los beneficiarios son superiores al número de cotizantes; en el 2011 sumaron 9.970.946, con un incremento del 0.1% frente al año 2010.

La densidad familiar viene descendiendo registrando un 2.49% de descenso frente al 2010, 0.06 puntos (2.07) frente al registrado en el 2010 (2.13). Si se compara con periodos anteriores, la disminución oscila en el rango de 0.06 a 0.01 puntos de disminución anual. La disminución de la densidad familiar obedece al mayor dinamismo en el crecimiento de los cotizantes, explicado entre otros aspectos por el crecimiento de la economía y por medidas como la Ley de Formalización y Primer Empleo.

Por su parte la densidad salarial al cierre de 2011 se ubica en 1.86 y frente al período de 2010 presenta un incremento de 0.7% al registrar 1.84 en el 2010. Dicho indicador viene creciendo desde el año 2006 cuando se ubicó en 1.75. La explicación al repunte de la densidad salarial está dada por la mayor dinámica en el ingreso base de cotización versus los incrementos en el salario mínimo.

No obstante los excelentes resultados del proceso de compensación, que se explican igualmente por la caída del desempleo y los buenos resultados de la economía en los últimos años, uno de los principales problemas que aún aqueja al SGSSS es el de los recobros por medicamentos y procedimientos no POS, como se ampliará más adelante.

El balance neto de la Subcuenta se obtiene a partir del superávit corriente que se genera del proceso, los otros ingresos que recauda la Subcuenta distintos al proceso de compensación, los otros gastos diferentes a los que se reconocen en dicho proceso y las contingencias derivadas del proceso de compensación correspondientes a los rezagos de periodos anteriores que se pagan en cada vigencia. En los otros gastos, el impacto más importante se registra en el rubro de pago de medicamentos no POS y fallos de tutela.

Como resultado final, para el 2011 el balance neto de la Subcuenta de Compensación es superavitario en \$93.739 millones.

Con relación a la situación financiera de las EPS y frente al hecho de conocimiento público, respecto de los resultados de algunas entidades que no han sido satisfactorios en los últimos años, el Ministerio se encuentra trabajando en la regulación de la habilitación financiera de las EPS en el marco de lo señalado en el Decreto Ley 1485 de 2011, el cual generara procesos sistemáticos de

saneamiento de estas entidades que administran recursos públicos, las cuales deben ofrecer todas las garantías de solvencia a sus usuarios y al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resulta de vital importancia mencionar la creación de la Subcuenta de Garantías para la Salud mediante el Decreto Ley 4107 del 2011, como una Subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, con el objeto de que las instituciones del sector salud tengan los medios para otorgar la liquidez necesaria que garantice la continuidad en la prestación de servicios de salud. De igual forma, el establecimiento de la citada Subcuenta se sustentó en el hecho que actualmente se requiere otorgar liquidez a las instituciones del sector salud que tengan mayor cobertura en el territorio nacional y cuya situación financiera genere un impacto en las finanzas sectoriales, en especial en lo relacionado con el pago a los prestadores de servicios de salud.

Por su parte, mediante el artículo 35 del Decreto 4107 de 2011, se crea la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, como una dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía administrativa y financiera, en los términos del literal j) del artículo 54 de la Ley 489 de 1998, encargada de la administración de los fondos, cuentas y recursos de administración especial de protección social a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, tales como el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y FONSAET.

5.1.1 Sistema General de Participaciones

En la vigencia 2011, fueron asignados para salud, mediante documentos CONPES 135, 142 y 145, recursos por valor de \$5.626.440 millones, de los cuales \$3.687.228 millones, equivalentes al 65%, se destinaron al Régimen Subsidiado; \$557.755, equivalentes al 10%, para atención del componente de Salud Pública y \$1.381.457 millones, equivalentes al 25%, para financiar la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, suma que incluye \$359.918 millones para aportes patronales y \$48.088 millones para el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).

Cuadro No. 66

Recursos Asignados
2011

| SGP 2011 | Ley de Presupuesto (Millones de \$) | | |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| | Sub-Total | Total Apropriación 2011 | % Participación |
| Régimen Subsidiado | | 3.687.228 | 65 |
| Salud Publica | | 557.755 | 10 |
| Prestación de Servicios | | 1.381.457 | 25 |
| Prestación de Servicios | 973.451 | | |
| Aportes Patronales | 359.918 | | |
| FONSAET | 48.088 | | |
| TOTAL 2011 | | 5.626.440 | 100 |

Fuente: SIIIF II Nación

Para la vigencia 2012, mediante documentos CONPES 145 y 148, se asignaron recursos por valor de \$5.981.902 millones, de los cuales \$3.917.396 millones, equivalentes al 65%, son para financiar la continuidad y ampliación del Régimen Subsidiado; \$598.190 millones, equivalentes al 10%, se destinaron para acciones de salud pública; \$1.466.316 millones, equivalentes al 25%, para financiar la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, suma que incluye \$366.810 millones para aportes patronales y \$55.720 millones para el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).

Cuadro No. 67
Recursos Asignados 2012

| SGP 2012 | Ley de Presupuesto (Millones de \$) | | |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| | Sub-Total | Total Apropriación 2012 | % Participación |
| Régimen Subsidiado | | 3.917.396 | 65 |
| Salud Publica | | 598.190 | 10 |
| Prestación de Servicios | | 1.466.316 | 25 |
| Prestación de Servicios | 1.043.786 | | |

| | | | |
|--------------------|---------|------------------|------------|
| Aportes Patronales | 366.810 | | |
| FONSAET | 55.720 | | |
| TOTAL 2012 | | 5.981.902 | 100 |

Fuente: SIIF II Nación

5.1.2 Fondos

5.1.2.1 Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga

Cuadro No. 68
Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA
Período Julio a Diciembre
2011

| Subcuenta | Ingresos | | | | Gastos | | |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--|-------------|-----------------|
| | Apropiación Definitiva | Recaudo 1 julio a 31 dic | % Ejecución | % Participación | Ejecución Compromisos 1 julio a 31 dic | % Ejecución | % Participación |
| Compensación | 14.908.017 | 7.048.915 | 47 | 76 | 7.037.171 | 47 | 81 |
| Solidaridad | 3.174.011 | 1.516.604 | 48 | 16 | 588.055 | 19 | 7 |
| Promoción | 481.490 | 273.375 | 57 | 3 | 210.307 | 44 | 2 |
| ECAT | 1.290.018 | 469.917 | 36 | 5 | 772.113 | 60 | 9 |
| Garantías para la Salud | 122.655 | 0 | 0 | 0 | 122.655 | 100 | 1 |
| Total | 19.976.191 | 9.308.811 | 47 | 100 | 8.730.301 | 44 | 100 |

Fuente: Consorcio Sapp 2011

La apropiación definitiva del presupuesto de ingresos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA para el 2011 fue de \$19.976.191 millones, recaudándose en el período comprendido entre el 1 de julio al 31 de diciembre \$9.308.811 millones, de los cuales \$7.048.915 millones (76%) corresponden a la Subcuenta de Compensación, el 16% a la Subcuenta de Solidaridad, 3% a la Subcuenta de Promoción y 5% a la Subcuenta ECAT. La ejecución del presupuesto de gastos del FOSYGA para el mismo período del 2011 ascendió a \$8.730.301 millones, de

los cuales, 81% corresponde a la Subcuenta de Compensación, 7% a la Subcuenta de Solidaridad, 2% a la Subcuenta de Promoción y 9% a la Subcuenta ECAT.

En la vigencia 2011 se crea, mediante el artículo 41 del Decreto - Ley 4107 de 2011, la Subcuenta Garantías para la Salud en el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, con el objeto de procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de los servicios de salud, servir de instrumento para el fortalecimiento de aseguradores y prestadores de servicios de salud, garantizar el acceso al crédito y otras formas de financiamiento y apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud, entre otros.

Cuadro No 69
Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA
Enero – Mayo
2012

| Ingresos | | | | | Gastos | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------|---------------|----------------------|----------------|---------------|
| Subcuenta (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Recaudo Efectivo | % Ejecución | % Particip | Ejecución Comprom | % Ejecución | % Particip |
| Compensación | 15.675.510 | 6.716.558 | 43 | 58 | 5.812.009 | 37 | 81 |
| Solidaridad | 3.631.633 | 3.298.703 | 91 | 29 | 985.491 | 27 | 14 |
| Promoción | 522.742 | 246.365 | 47 | 2 | 165.826 | 32 | 2 |
| ECAT | 998.000 | 1.250.175 | 125 | 11 | 250.804 | 25 | 3 |
| Garantías para la Salud | 40.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 20.867.885 | 11.511.801 | 55 | 100 | 7.214.130 | 35 | 100 |

Fuente: Consorcio Sayp 2011

Mediante Resolución No. 503 de 2011, se aprobó el presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para la vigencia 2012, por valor de \$20.723.467 millones; y mediante Resoluciones No 501 y 1016 del 2012, se adicionó este presupuesto en \$5.000 y \$139.418 millones respectivamente, en las Subcuentas de Promoción y de Solidaridad quedando una apropiación actual para la vigencia 2012 de \$20.867.885 millones.

El recaudado a mayo de 2012, asciende a \$11.511.801 millones, equivalente a un 55% con respecto a lo presupuestado; la ejecución por subcuentas asciende: al 43% de recaudo en la Subcuenta de Compensación, al 91% en la Subcuenta de

Solidaridad, el 47% en la Subcuenta de Promoción y el 125% en la Subcuenta ECAT.

En el gasto, a mayo del 2012 se ha ejecutado un total de \$7.214.130 millones equivalente a un 35% de la ejecución presupuestada, de los cuales el 37% corresponde a la Subcuenta de Compensación, el 27% a la Subcuenta de Solidaridad, el 32% a la Subcuenta de Promoción y el 25% a la Subcuenta ECAT.

A continuación se detalla por Subcuenta y rubros el Presupuesto de Ingreso y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, para el período Julio a Diciembre de 2011.

Cuadro No. 70
Ejecución de Ingresos FOSYGA
Julio 1 - Diciembre 31
2011

| SUBCUENTA – RUBRO Millones de pesos | Apropiación Definitiva | Recaudo Acumulado | % Ejecución |
|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------|
| COMPENSACION | | | |
| Recaudo proceso de compensación UPC - Sin Situación de Fondos | 10.449.233 | 4.966.276 | 48 |
| Recaudo proceso de compensación - Con Situación de Fondos | 3.334.767 | 1.817.768 | 55 |
| Recursos Subcuenta de Solidaridad para madres comunitarias y su núcleo familiar | 59.183 | 29.004 | 49 |
| Rendimientos financieros Subcuenta de Solidaridad y Promoción para el régimen de madres comunitarias y su núcleo familiar | 20.439 | 7.074 | 35 |
| Recaudo régimen de excepción | 321.796 | 158.818 | 49 |
| Rendimientos financieros inversión | 39.199 | 15.056 | 38 |
| | | | |
| Rendimientos financieros cuentas recaudo EPS. | 38.591 | 23.296 | 60 |
| Excedentes financieros vigencias anteriores | 0 | 0 | 0 |
| Rendimientos financieros sin situación de fondos cuentas de recaudo apropiación EPS. | 38.591 | 3.093 | 8 |
| Otros ingresos | 0 | 28.530 | 0 |

| SUBCUENTA – RUBRO Millones de pesos | Apropiación Definitiva | Recaudo Acumulado | % Ejecución |
|---|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Saldos no compensados y registros glosados - art. 7 decreto 2280 de 2004 | 496.941 | 0 | 0 |
| Préstamo tesorería subcuenta ECAT. – FOSYGA. | 109.277 | 0 | 0 |
| Reserva para pagos UPC y/o licencias Maternidad/Paternidad | 0 | 0 | 0 |
| SUBTOTAL | 14.908.017 | 7.048.915 | 47 |
| SOLIDARIDAD | | | |
| Paripassu Nación - otros recursos con situación de fondos | 303.015 | 303.000 | 100 |
| Contribución de solidaridad proveniente de cotizaciones - fondos especiales | 512.582 | 327.481 | 64 |
| Cajas de compensación familiar con situación de fondos | 103.779 | 59.708 | 58 |
| Impuesto social a las armas | 2.765 | 4.751 | 172 |
| Rendimientos financieros de inversiones | 34.894 | 59.739 | 171 |
| Rendimientos cuentas de recaudo EPS. | 1.023 | 24 | 2 |
| Excedentes financieros vigencia 2007 | 363.876 | 0 | 0 |
| Cajas de compensación familiar sin situación de fondos | 127.775 | 95.396 | 0 |
| Excedentes financieros 2008-2009 | 984.353 | 0 | 0 |
| Aportes del presupuesto nacional-vigencia anterior | 0 | 119.724 | 0 |
| Otros ingresos | 0 | 19.042 | 0 |
| Transferencia excedentes financieros vigencia 2010 subcuenta ECAT. art. 59 ley 1420 de 2010 | 555.352 | 338.435 | 61 |
| Recaudo cajas de compensación familiar decreto 3136 de 2011 | 184.597 | 189.304 | 0 |
| SUBTOTAL | 3.174.011 | 1.516.604 | 48 |
| PROMOCION | | | |
| Recaudo proceso compensación 0.4 puntos del reg. contributivo - Sin Situación de Fondos | 357.660 | 169.659 | 47 |
| Recaudo proceso de compensación 0.4 puntos del Reg. contributivo- Con Situación de Fondos | 94.035 | 72.687 | 77 |
| Recaudo régimen de excepción | 6.627 | 7.053 | 106 |
| Fondos Especiales - Impuesto Social a las Municiones y Explosivos | 1.400 | 16.941 | 1.210 |

| SUBCUENTA – RUBRO Millones de pesos | Apropiación Definitiva | Recaudo Acumulado | % Ejecución |
|---|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Rendimientos financieros inversiones | 9.789 | 3.157 | 32 |
| Excedentes financieros vigencia 2009 | 0 | 0 | 0 |
| Rendimientos financieros cuentas recaudo EPS. | 237 | 58 | 24 |
| Otros ingresos | 0 | 3.820 | 0 |
| Saldo no compensados y registros glosados-art.7° decreto 2280 de 2004 | 11.742 | 0 | 0 |
| SUBTOTAL | 481.490 | 273.375 | 57 |
| ECAT | | | |
| Fonsat. 20 % | 89.851 | 117.407 | 131 |
| Soat. 50% | 119.104 | 292.558 | 246 |
| Recaudo Proceso de Repetición | 0 | 70 | 0 |
| Rendimientos Financieros Inversiones | 0 | 31.341 | 0 |
| Excedentes Financieros Vigencia 2008 | 1.081.063 | 0 | 0 |
| Otros Ingresos | 0 | 28.541 | 0 |
| SUBTOTAL | 1.290.018 | 469.917 | 36 |
| GARANTIAS PARA LA SALUD | | | |
| Aportes Presupuesto de la Nación | 122.655 | 0 | 0 |
| Aportes de los aseguradores - porcentaje de Administración | 0 | 0 | 0 |
| Aportes de los Prestadores de Salud - Recursos Propios-Excedentes | 0 | 0 | 0 |
| Cotización No Compensadas del Régimen Contributivo EPS | 0 | 0 | 0 |
| SUBTOTAL | 122.655 | 0 | 0 |
| TOTALES | 19.976.191 | 9.308.811 | 47 |

Fuente: Consorcio Sayp 2011

Cuadro No. 71
Ejecución de Gastos FOSYGA
Julio a Diciembre
2011

| SUBCUENTA – RUBRO Millones de pesos | Apropiación Definitiva | Ejecución 1 julio a dic 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| COMPENSACION | | | |
| Compensación por Saldos No Compensados y Registros - ART.7 Decreto 2280 de 2004 | 496.941 | 244.184 | 49 |
| Proceso Compensación Apropiación Directa | 10.039.024 | 4.755.889 | 47 |
| Pago Intereses Préstamo Subcuenta ECAT -FOSYGA | 27.378 | 27.378 | 100 |
| Ajuste Desviación de Siniestralidad para Enfermedades de Alto Costo (Art.161 Ley 1450/11) | 23.729 | 23.729 | 100 |
| Déficit Proceso Compensación - FOSYGA | 1.273.281 | 507.266 | 40 |
| Pago Prestaciones Económicas Régimen de Excepción | 561 | 347 | 62 |
| Incapacidades por Enfermedad General - Apropiación Directa | 286.920 | 137.165 | 48 |
| Licencias de Maternidad y Paternidad - Apropiación Directa | 123.289 | 73.222 | 59 |
| Régimen Especial Madres Comunitarias Incluido el Núcleo Familiar | 102.384 | 44.300 | 43 |
| Otros Eventos y Fallos de Tutela | 2.179.403 | 1.076.826 | 49 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 78.600 | 49.064 | 62 |
| Rendimientos Financieros Cuentas de Recaudo Apropiación EPS | 38.591 | 3.094 | 8 |
| Licencias de Maternidad y Paternidad - Pago a través del FOSYGA | 237.916 | 94.706 | 40 |
| SUBTOTAL | 14.908.017 | 7.037.171 | 47 |
| SOLIDARIDAD | | | |
| Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado -Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Atención a la Población Desplazada -APD a Nivel Nacional -Excedentes Financieros Vigencia 2010 Subcuenta | 134.500 | 134.500 | 100 |
| Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Aportes Presupuesto Nacional | 303.015 | 207.224 | 68 |
| Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales | 1.445.709 | 0 | 0 |
| Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado -Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Excedentes Financieros Vigencia 2010 Subcuenta ECAT Art. 59 LEY 1420 de 2010 | 420.852 | 116.396 | 28 |
| Ajuste Desviación de Siniestralidad para Enfermedades de Alto Costo (Art.161 Ley 1450/11) | 1.030 | 1.030 | 100 |
| Servicios No Incluidos en el plan Obligatorio de Salud Del Régimen Subsidiado Decreto 3136 de 2011 | 184.597 | 57.376 | 31 |

| SUBCUENTA – RUBRO Millones de pesos | Apropiación Definitiva | Ejecución 1 julio a dic 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Subsidio a la Demanda - Déficit Cajas de Compensación | 500 | 0 | 0 |
| Subsidio a la Demanda Atención en Salud Régimen Especial Madres Comunitarias | 60.765 | 28.551 | 47 |
| Subsidio a la Demanda Atención en Salud Déficit Madres Comunitarias - Rendimientos Financieros | 15.942 | 5.469 | 34 |
| Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela | 92.984 | 5.275 | 6 |
| Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia | 2.765 | 2.765 | 100 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 19.700 | 7.449 | 38 |
| Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales- Ampliación de Cobertura Fallo del Consejo de Estado | 363.876 | 0 | 0 |
| Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales - Recursos del Subsidio familiar administrados por CCF | 127.774 | 22.020 | 17 |
| SUBTOTAL | 3.174.011 | 588.055 | 19 |
| PROMOCION | | | |
| Prevención y Promoción de la Salud Subcuenta de Promoción FOSYGA - Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica | 1.400 | 1.400 | 100 |
| Programas de Promoción y prevención EPS, Compensación por Saldos No Compensados y Registros Glosados | 11.742 | 7.082 | 60 |
| Programas de Promoción y Prevención- Ejecución Directa. Proceso de Compensación | 357.661 | 169.659 | 47 |
| Programas de Promoción y Prevención EPS Déficit Proceso de Compensación - FOSYGA | 70.881 | 13.359 | 19 |
| Programas Nacionales de Promoción y Prevención | 29.839 | 15.020 | 50 |
| Déficit Madres Comunitarias- Rendimientos Financieros | 4.496 | 1.489 | 33 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 1.609 | 481 | 30 |
| Régimen Especial Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar | 3.863 | 1.815 | 47 |
| SUBTOTAL | 481.490 | 210.307 | 44 |
| ECAT | | | |
| Asistencia Técnica y Prevención en Emergencias y Desastres | 1.000 | 757 | 76 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales (Salud Mental, Discapacitados y Desplazados) Nacional (Distribución Previo Concepto DNP) | 3.000 | 2.945 | 98 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales a Nivel Nacional - Atención a población Desplazada - APD | 4.100 | 4.100 | 100 |

| SUBCUENTA – RUBRO Millones de pesos | Apropiación Definitiva | Ejecución 1 julio a dic 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Protección de la Salud Pública en el Ámbito Nacional | 126.183 | 78.088 | 62 |
| Proyecto programa ampliado de inmunizaciones - PAI - Nacional regional Nacional | 174.329 | 9.550 | 5 |
| Estudio y Elaboración de Programa Vulnerabilidad Sísmica Estructural en Instituciones Hospitalarias a Nivel Nacional | 13.100 | 13.100 | 100 |
| Mejoramiento Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de las Instituciones de la Red Pública Hospitalaria del País- (Previo Concepto DNP) | 2.500 | 2.500 | 100 |
| Transferencia Subcuenta Solidaridad para la Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA-Atención a la Población Desplazada-APD a Nivel Nacional | 134.500 | 134.500 | 100 |
| Implantación de Proyectos para la Atención Prioritaria en Salud a Nivel Nacional | 262.500 | 262.500 | 100 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Accidentes de Transito | 59.425 | 31.349 | 53 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Acciones Terroristas | 1.791 | 884 | 49 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Catástrofes Naturales | 1.896 | 944 | 50 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada | 50.002 | 2 | 0 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Reserva Especial - Excedentes Víctimas Atentados y Catástrofes | 870 | 470 | 54 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 8.971 | 1.490 | 17 |
| Apoyo Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias-Eventos Catastróficos | 25.000 | 25.000 | 100 |
| Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA | 0 | 0 | 0 |
| Transferencia Subcuenta Solidaridad para la Ampliación Renovación de la afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta de Solidaridad FOSYGA | 420.852 | 203.935 | 48 |
| SUBTOTAL | 1.290.018 | 772.113 | 60 |
| GARANTÍAS PARA LA SALUD | | | |
| Apoyo y Fortalecimiento a las Entidades del Sector Salud | 122.655 | 122.655 | 100 |
| SUBTOTAL | 122.655 | 122.655 | 100 |
| TOTALES | 19.976.191 | 8.730.301 | 44 |

Fuente: Consorcio Sayp 2011

A continuación se detalla por Subcuenta y rubros el Presupuesto de Ingreso y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, para el período Enero a Mayo de 2012.

Cuadro No. 72
Ejecución de Ingresos FOSYGA
Enero a Mayo
2012

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Recaudo | % Ejecución |
|---|-----------------------------------|------------------|------------------------|
| COMPENSACION | | | |
| Recaudo Proceso de Compensación UPC - SSF | 11.245.716 | 4.515.672 | 40 |
| Recaudo Proceso de Compensación UPC - CSF | 3.266.574 | 1.433.460 | 44 |
| Recursos Subcuenta de Solidaridad para Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar | 62.616 | 22.935 | 37 |
| Rendimientos Financieros Subcuenta de Solidaridad y Promoción para el Régimen de Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar | 21.624 | 5.793 | 27 |
| Recaudo Régimen de Excepción | 340.460 | 144.022 | 42 |
| Rendimientos Financieros Inversión | 32.151 | 30.426 | 95 |
| Rendimientos Financieros Cuentas Recaudo EPS | 40.830 | 27.940 | 68 |
| Excedentes Financieros Vigencias Anteriores | 0 | 0 | 0 |
| Rendimientos Financieros Sin Situación de Fondos Cuentas de Recaudo Apropiación EPS | 10.857 | 1.324 | 12 |
| Otros Ingresos. | 0 | 8.229 | 0 |
| Saldos No Compensados y Registros Glosados ART.7 Decreto 2280 de 2004 | 526.757 | 526.757 | 100 |
| Reserva para Pagos UPC y/o Licencias Maternidad / Paternidad | 127.925 | 0 | 0 |
| SUBTOTAL | 15.675.510 | 6.716.558 | 43 |
| SOLIDARIDAD | | | |
| Paripassu Nación - Otros Recursos CSF | 641.156 | 0 | 0 |
| Contribución de Solidaridad Proveniente de Cotizaciones - Fondos Especiales | 208.620 | 303.091 | 145 |
| Cajas de Compensación Familiar CSF | 123.470 | 54.700 | 44 |

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Recaudo | % Ejecución |
|--|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Impuesto Social a las Armas | 6.164 | 3.515 | 57 |
| Rendimientos Financieros de Inversiones | 53.653 | 107.852 | 201 |
| Rendimientos Cuentas de Recaudo EPS | 1.085 | 32 | 3 |
| Excedentes Financieros Vigencia Anteriores | 2.004.715 | 2.004.715 | 100 |
| Cajas de Compensación Familiar SSF | 236.141 | 64.236 | 0 |
| Otros Ingresos. | 0 | 620.077 | 0 |
| Transferencia Excedentes Financieros Subcuenta ECAT Art. 57 Ley 1485 de 2011 | 217.211 | 134.500 | 0 |
| Recaudo de Cajas de Compensación Familiar Decreto 3136 de 2011 | 139.418 | 5.985 | 4 |
| SUBTOTAL | 3.631.633 | 3.298.703 | 91 |
| PROMOCION | | | |
| Recaudo Proceso Compensación 0.4 Puntos del Reg. Contributivo - SSF | 388.680 | 145.801 | 38 |
| Recaudo Proceso de Compensación 0.4 Puntos del Reg. Contributivo-CSF | 102.190 | 60.380 | 59 |
| Recaudo Régimen de Excepción | 7.025 | 5.445 | 78 |
| Fondos Especiales - Impuesto Social a las Municiones y Explosivos | 1.400 | 12.634 | 902 |
| Rendimientos Financieros Inversiones | 5.749 | 4.139 | 72 |
| Excedentes Financieros Vigencia Anteriores | 5.000 | 5.000 | 100 |
| Rendimientos Financieros Cuentas Recaudo EPS | 252 | 76 | 30 |
| Otros Ingresos. | 0 | 444 | 0 |
| Saldos No Compensados y Registros Glosados ART.7 Decreto 2280 de 2004 | 12.446 | 12.446 | 0 |
| SUBTOTAL | 522.742 | 246.365 | 47 |
| ECAT | | | |
| Fonsat 20 % | 95.703 | 127.690 | 133 |
| SOAT 50% | 111.752 | 273.993 | 245 |
| Recaudo Proceso de Repetición | 0 | 118 | 0 |
| Rendimientos Financieros Inversiones | 0 | 56.207 | 0 |
| Excedentes Financieros - Fondos Especiales | 790.545 | 790.546 | 100 |
| Otros Ingresos. | 0 | 1.621 | 0 |
| SUBTOTAL | 998.000 | 1.250.175 | 125 |
| GARANTIAS PARA LA SALUD | | | |

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Recaudo | % Ejecución |
|---|-------------------------------|-------------------|--------------------|
| Aportes de los Aseguradores - Porcentaje de Administración | 0 | 0 | 0 |
| Aportes de los Prestadores de Salud - Recursos Propios - Excedentes | 0 | 0 | 0 |
| Cotización No Compensadas del Régimen Contributivo EPS | 40.000 | 0 | 0 |
| Rendimientos Financieros de Inversiones | 0 | 0 | 0 |
| Aportes Presupuesto de la Nación | 0 | 0 | 0 |
| SUBTOTAL | 40.000 | 0 | 0 |
| TOTAL | 20.867.885 | 11.511.801 | 55 |

Fuente: Consorcio Sayp 2011

Cuadro No. 73
Ejecución de Gastos FOSYGA
Enero a Mayo
2012

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Ejecución Enero a mayo 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| COMPENSACION | | | |
| Compensación por saldos No Compensados y Registros Glosados | 526.757 | 81.618 | 15 |
| Proceso Compensación Apropiación Directa | 10.842.308 | 4.339.281 | 40 |
| Reserva Contingencia Art.4 Decreto 4023/11 | 127.925 | 0 | 0 |
| Otros Eventos y Fallos de Tutela Extemporaneidad (25%) | 379.238 | 0 | 0 |
| Ajuste Desviación de Siniestralidad para Enfermedades de Alto Costo (Art.161 Ley 1450/11) | 30.125 | 30.125 | 100 |
| Déficit Proceso Compensación - FOSYGA | 1.591.816 | 341.297 | 21 |
| Incapacidades por Enfermedad General - Apropiación Directa | 282.156 | 121.070 | 43 |
| Licencias de Maternidad y Paternidad - Apropiación Directa | 121.252 | 55.321 | 46 |
| Régimen Especial Madres Comunitarias Incluido el Núcleo Familiar | 92.296 | 35.379 | 38 |
| Otros Eventos y Fallos de Tutela | 1.367.713 | 706.344 | 52 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 83.315 | 36.042 | 43 |

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Ejecución Enero a mayo 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Rendimientos Financieros Cuentas de Recaudo Apropriación EPS | 10.856 | 1.324 | 12 |
| Licencias de Maternidad y Paternidad - Pago a través del FOSYGA | 219.753 | 64.208 | 29 |
| SUB TOTAL | 15.675.510 | 5.812.009 | 37 |
| SOLIDARIDAD | | | |
| Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Aportes Presupuesto Nacional | 641.156 | 0 | 0 |
| Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Fondos Especiales | 2.270.340 | 803.971 | 35 |
| Ajuste Desviación de Siniestralidad para Enfermedades de Alto Costo (Art.161 Ley 1450/11) | 1.630 | 1.630 | 100 |
| Servicios no Incluidos en el Plan Obligatorio en Salud de Régimen Subsidiado Decreto 3136 de 2011 | 139.418 | 0 | 0 |
| Subsidio a la Demanda Atención en Salud Régimen Especial Madres Comunitarias | 62.616 | 23.585 | 38 |
| Subsidio a la Demanda Atención en Salud Déficit Madres Comunitarias - Rendimientos Financieros | 16.887 | 5.580 | 33 |
| Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela | 19.188 | 5.230 | 27 |
| Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia | 6.164 | 0 | 0 |
| Apoyo Técnico, Auditoria y Remuneración Fiduciaria | 20.882 | 10.994 | 53 |
| Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales - Recursos del Subsidio Familiar administrados por CCF | 236.141 | 0 | 0 |
| Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Atención a la Población Desplazada - APD a Nivel Nacional | 134.500 | 134.500 | 100 |
| Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Art 57 Ley 1485/11 | 82.711 | 0 | 0 |
| SUBTOTAL | 3.631.633 | 985.491 | 27 |
| PROMOCION | | | |
| Prevención y Promoción de la Salud - Subcuenta de Promoción FOSYGA | 1.400 | 0 | 0 |
| Programas de Promoción y prevención EPS, Compensación por Saldos No Compensados y Registros Glosados | 12.446 | 2.611 | 21 |

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Ejecución Enero a mayo 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Atención Población Implantada-Prótesis PIP | 5.000 | 0 | 0 |
| Programas de Promoción y Prevención-Ejecución Directa. Proceso de Compensación | 388.680 | 145.801 | 38 |
| Programas de Promoción y Prevención EPS Déficit Proceso de Compensación - FOSYGA | 76.748 | 4.520 | 6 |
| Programas Nacionales de Promoción y Prevención | 27.930 | 10.327 | 37 |
| Déficit Madres Comunitarias- Rendimientos Financieros | 4.737 | 583 | 12 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 1.705 | 658 | 39 |
| Régimen Especial Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar | 4.095 | 1.327 | 32 |
| SUBTOTAL | 522.742 | 165.826 | 32 |
| ECAT | | | |
| Capacitación del Recurso Humano del Sector Salud - Becas Crédito | 11.000 | 0 | 0 |
| Asistencia y Prevención en Emergencias y Desastres | 1.000 | 136 | 14 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales (Salud Mental, Discapacitados, y Desplazados) Nacional - (Previo Concepto DNP) | 3.000 | 0 | 0 |
| Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales a Nivel Nacional-Atención a Población Desplazada-APD | 4.223 | 4.223 | 100 |
| Protección de la Salud Pública en el Ámbito Nacional | 100.883 | 21.143 | 21 |
| Programa Ampliado de Inmunizaciones | 199.329 | 73.260 | 37 |
| Estudio y Elaboración de Programa de Vulnerabilidad Sísmica Estructural en Instituciones Hospitalarias a Nivel Nacional | 15.100 | 3 | 0 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Accidentes de Tránsito | 86.107 | 13.970 | 16 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Acciones Terroristas | 12.143 | 605 | 5 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Catástrofes Naturales | 22.926 | 793 | 3 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada | 50.500 | 0 | 0 |
| Apoyo Reclamaciones Víctimas Reserva Especial - Excedentes Víctimas Atentados y Catástrofes | 3.307 | 273 | 8 |
| Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria | 7.471 | 1.899 | 25 |
| Apoyo Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias- Eventos Catastróficos | 25.000 | 0 | 0 |

| SUBCUENTA (Millones de Pesos) | Apropiación Definitiva | Ejecución Enero a mayo 31 | % Ejecución |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Transferencia Subcuenta de Solidaridad para la Ampliación Renovación de la Afiliación de Régimen Subsidiado – Subcuenta de Solidaridad FOSYGA - Atención a la Población Desplazada APD a Nivel Nacional | 134.500 | 134.500 | 100 |
| Transferencia Subcuenta de Solidaridad para la Ampliación, Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiado - Subcuenta Solidaridad FOSYGA. | 82.711 | 0 | 0 |
| Implantación de Proyectos para la Atención Prioritaria en Salud a Nivel Nacional | 149.000 | 0 | 0 |
| Mejoramiento Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de las Instituciones de la Red Pública Hospitalaria del País | 89.800 | 0 | 0 |
| SUB TOTAL | 998.000 | 250.804 | 25 |
| GARANTIAS PARA LA SALUD | | | |
| Apoyo y Fortalecimiento a las Entidades del Sector Salud - Aportes de la Nación | 40.000 | 0 | 0 |
| SUB TOTAL | 40.000 | 0 | 0 |
| TOTALES | 20.867.885 | 7.214.130 | 35 |

Fuente: Consorcio Sayp 2011

5.1.2.2 Fondo de Garantías para el Sector Salud -Fonsaet

El Artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 creó el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio, con el propósito de pago de las obligaciones que no se puedan pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

En cumplimiento de la anterior norma, y en el marco de lo establecido en el Decreto 360 del 10 de febrero de 2011, el Ministerio durante el período del presente informe adelantó expidió el Decreto 4690 de 12 de 2011 “Por el cual se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET y posteriormente la Resolución 470 del 27 de 2011, mediante la cual se asignaron recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, por \$51.000 millones a 11 entidades intervenidas o en proceso de liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se adelantaron acciones para la asignación de recursos del FONSAET vigencia 2011, a 10 entidades en proceso de intervención forzosa administrativa para administrar y a una entidad en intervención forzosa administrativa para liquidar, por un monto de \$48.087.5 millones así:

Cuadro No.74
Total recursos Asignados del Fonsaet
2011

| Departamento | Entidad | Valor Asignado Millones |
|--------------|---|----------------------------|
| Chocó | ESE Salud Chocó – Entidad liquidada | 2.443.3 |
| Chocó | ESE Hospital San Francisco de Asís | 5.886.2 |
| Chocó | ESE Hospital Eduardo Santos | 6.377.8 |
| Córdoba | ESE Hospital San Diego | 5.659.5 |
| Atlántico | ESE Hospital de Puerto Colombia | 2.809.5 |
| Atlántico | ESE Hospital Juan de Acosta | 2.510.9 |
| Antioquia | ESE Hospital Francisco Valderrama | 5.149.0 |
| Guaviare | ESE Red de Servicios de Salud de Primer Nivel | 3.127.9 |
| Magdalena | ESE Hospital La Candelaria | 5.294.6 |
| Magdalena | ESE Hospital San Rafael | 3.928.6 |
| Guainía | ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo | 4.899.8 |
| TOTAL | | 48.087.5 |

Fuente: Resolución 000470 de 2011 *Por medio del cual se asignan unos recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET*, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

Para la vigencia 2012 se destinaron mediante documento CONPES 145 y 148 la suma de \$55.720 millones de pesos.

5.2 Recobros y fallos de tutela

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado mediante la Ley 100 de 1993³², en su concepción inicial y en su análisis financiero no incluía la prestación de servicios de salud (actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos) diferentes a los contenidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS. Sin embargo, durante el proceso de consolidación, a partir de decisiones judiciales en sede de tutela, surgió la cobertura denominada de manera genérica lo “No – POS”.

El reconocimiento y pago de los servicios prestados que no hacen parte del plan de beneficios, ante la presentación del recobro por las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, se realiza previa autorización de los servicios por los Comités Técnicos Científicos, creados y conformados según lo dispuesto en el artículo 188 de la Ley 100 de 1993 y modificado por el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, inicialmente para el otorgamiento de medicamentos y con posterioridad a las sentencias C-463³³ y T-760 de 2008³⁴ para los demás servicio médicos, y a través de los fallos de tutela para el cubrimiento de actividades, intervenciones, procedimientos, insumos no previstos en los planes de beneficios.

El procedimiento a través del cual las EPS y EOC efectúan los recobros³⁵, están contenidos en la Resolución 3099 de 2008³⁶, lo cual prevé que una vez prestado el servicio por la Institución Prestadora de Salud, ésta cobra a las Entidades Promotoras de Salud, las cuales realizan el recobro al Fosyga, teniendo en cuenta que son las que autorizan o niegan la prestación del servicio a sus afiliados.

Para la presentación de los recobros, el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002³⁷ y el artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008, señala que las EPS y EOC cuentan con un término de los seis (6) meses, para presentar las solicitudes de recobro ante el Fosyga, el cual se cuenta a partir de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento según corresponda, la fecha del suministro efectivo del medicamento, servicio médico o prestación de salud o la fecha de radicación de la factura ante la Entidad Promotora de Salud por parte del proveedor o la fecha del fallo de tutela para el caso de recobros ordenados por decisiones judiciales; disposición que atiende lo expresado por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia C-510 de 2004, en el sentido que “el término de seis (6) a que alude el articulado acusado, ha de

³² “Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

³³ Corte Constitucional, Sentencia C-436 de 2008. M.P. Jaime Araujo Rentería.

³⁴ Corte Constitucional, Sentencia T- 760 de 2008. M.P. Manuel Cepeda Espinosa.

³⁵ Procedimiento a través del cual una E.P.S. o E.O.C. accede al reconocimiento y pago de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a los afiliados y/o beneficiarios de dichas entidades, de acuerdo a la normatividad vigente.

³⁶ “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela”

³⁷ “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”

contarse lógicamente a partir del momento en que la persona o entidad que debe realizar la reclamación está efectivamente en posibilidad de hacerla ante el Fosyga”.

Este criterio también responde a lo expresado por el Consejo de Estado en la sentencia del 16 de septiembre de 2010, Expediente 2005-0018701 al efectuar el examen de legalidad del artículo 12 de la Resolución 3797 de 2004³⁸, en la que consignó:

“(…)

Así pues, el plazo para presentar la solicitud de recobro no puede correr hasta tanto la EPS, ARS o EOC esté en la posibilidad real de agotar dicho trámite, pues lo contrario supondría que en la práctica, tales entidades cuentan con un término inferior al dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002 para presentar la solicitud de recobro por medicamentos o servicios médicos excluidos del POS autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenadas mediante fallos de tutela”.

Por otro lado, el artículo 13 Decreto Ley 19 de 2012, amplía el mencionado término así:

"Artículo 13. Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del FOSYGA. Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA se deberán presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

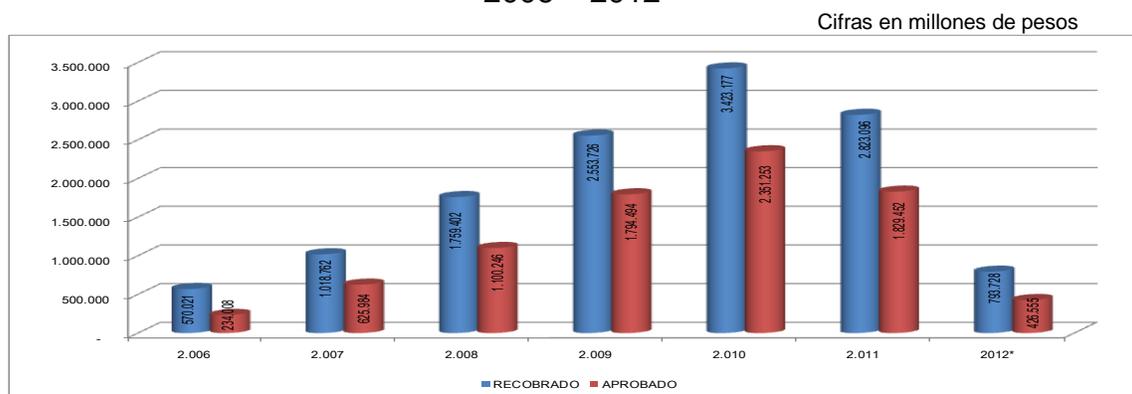
Lo ordenado en el Artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, generó un incremento sustancial de la radicación de reclamaciones por fallos de tutela y por medicamentos No POS, las cuales se encontraban represadas en las entidades de aseguramiento sin haber sido presentadas al FOSYGA con anterioridad a la vigencia de la norma mencionada; como resultado de lo anterior, se radicaron volúmenes importantes de recobros. Esta circunstancia dio lugar a la contratación de las actividades de revisión, análisis y auditoría de los recobros presentados.

Actualmente, la radicación, revisión y auditoría la realiza la Unión Temporal Nuevo Fosyga, la cual, y previo concurso, fue contratada en diciembre de 2011.

³⁸ "Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela”.

Desde el 2006 hasta la fecha, se han presentado solicitudes de recobro por los montos que se relacionan a continuación, los cuales, y previo proceso de auditoría integral son aprobadas o no tales solicitudes, como se presenta en el siguiente gráfico:

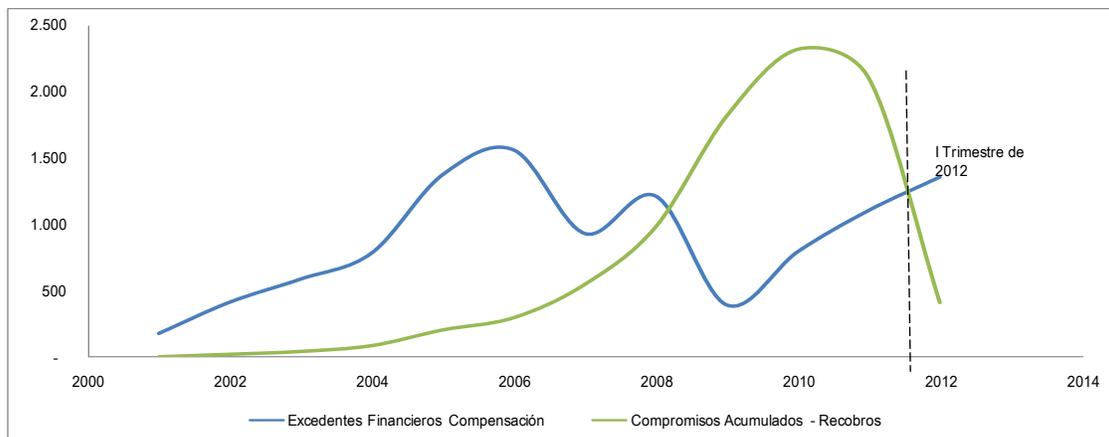
Grafico No.6
Relación de Valores Recobrados y Valores Aprobados por Año
2006 – 2012



Fuente: Base de datos Fosyga
*Enero – Mayo de 2012

La financiación del acceso a la prestación de servicios no incluidos en el POS se ha atendido a través del Fosyga con cargo a los excedentes de la subcuenta de compensación que en principio, y ante eventuales reducciones de sus ingresos, deben ser orientados a garantizar la sostenibilidad del aseguramiento en el Régimen Contributivo. Como se observa en el siguiente gráfico, los excedentes de la subcuenta de compensación se han venido reduciendo, al pasar de \$1.6 billones en 2006 a \$1.1 billones en 2011, que ante las demandas crecientes de recursos por los eventos No POS, presenta un agotamiento de esta fuente de financiación, en especial como se observa en el periodo comprendido entre 2008 hasta 2011, en donde los compromisos para atender los recobros, es decir, lo que se debe pagar fue superior a las disponibilidades para atender las mismas, siendo necesario recurrir a los excedentes generados antes de 2008.

Gráfico No. 7
Excedentes Financieros Vs. Recobros



Fuente: Base de datos Fosyga

El cuadro siguiente presenta la relación mes a mes desde el año 2010, de los recobros presentados, el valor recobrado, el valor aprobado previo el proceso de auditoría integral a cada una de las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes. Igualmente se presenta, en la última columna, el promedio de tales solicitudes, en donde se relaciona el valor de los recobros frente a la cantidad presentada en cada periodo de radicación, observándose una tendencia decreciente del valor promedio de cada recobro al pasar de \$871.141 en 2010 a \$708.702 en 2011 y a \$641.128 en los meses observados del año en curso. Este comportamiento, se explica, entre otras aspectos, por las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional, relacionadas con: i) la fijación de valores máximos de recobro de medicamentos; ii) el cumplimiento del reporte de las EPS al Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED; y iii) el control de las

solicitudes de recobro de medicamentos a través del Código Único Nacional de Medicamentos (CUM).

Cuadro No. 76
Histórico de Solicitudes de Recobro
Formatos MYT-01 y MYT-02
2010 – 2012

| Año | Mes | Cantidad De Radicados | Valor Recobrado Millones De Pesos | Valor Aprobado Millones De Pesos | Valor Glosado Millones De Pesos | % Glosa | Valor Promedio Recobro Pesos ** |
|-------------------|------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|
| 2.010 | Enero | 250.664 | 250.455 | 176.647 | 73.808 | 29,5 | 999.167 |
| | Febrero | 236.219 | 209.413 | 147.318 | 62.095 | 29,7 | 886.519 |
| | Marzo | 253.979 | 255.105 | 187.903 | 61.960 | 24,3 | 1.004.432 |
| | Abril | 302.451 | 305.157 | 228.574 | 76.583 | 25,1 | 1.008.947 |
| | Mayo | 345.484 | 300.908 | 205.377 | 95.531 | 31,7 | 870.975 |
| | Junio | 337.973 | 304.777 | 221.448 | 83.329 | 27,3 | 901.778 |
| | Julio | 338.095 | 328.162 | 221.095 | 107.068 | 32,6 | 970.622 |
| | Agosto | 368.591 | 320.252 | 197.309 | 122.944 | 38,4 | 868.856 |
| | Septiembre | 359.237 | 306.930 | 190.051 | 116.879 | 38,1 | 854.394 |
| | Octubre | 352.069 | 296.050 | 200.781 | 95.269 | 32,2 | 840.886 |
| | Noviembre | 385.114 | 269.577 | 182.357 | 87.219 | 32,4 | 699.992 |
| | Diciembre | 406.556 | 282.402 | 192.808 | 89.594 | 31,7 | 694.620 |
| TOTAL 2010 | | 3.936.432 | 3.429.187 | 2.351.667 | 1.072.278 | 31,3 | 871.141 |
| 2.011 | Enero | 378.758 | 289.220 | 148.948 | 140.272 | 48,5 | 763.600 |
| | Febrero | 336.159 | 274.665 | 154.417 | 120.248 | 43,8 | 817.068 |
| | Marzo | 367.275 | 261.807 | 171.260 | 90.546 | 34,6 | 712.835 |
| | Abril | 466.000 | 322.145 | 217.493 | 104.652 | 32,5 | 691.298 |
| | Mayo | 332.412 | 231.599 | 145.666 | 85.933 | 37,1 | 696.723 |
| | Junio | 264.193 | 159.801 | 110.781 | 49.020 | 30,7 | 604.866 |
| | Julio | 264.302 | 182.545 | 114.579 | 67.967 | 37,2 | 690.670 |

| Año | Mes | Cantidad De Radicados | Valor Recobrado Millones De Pesos | Valor Aprobado Millones De Pesos | Valor Glosado Millones De Pesos | % Glosa | Valor Promedio Recobro Pesos ** |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|
| | Agosto | 340.570 | 260.336 | 197.206 | 63.130 | 24,2 | 764.412 |
| | Septiembre | 338.547 | 241.467 | 175.991 | 65.476 | 27,1 | 713.246 |
| | Octubre | 609.461 | 391.520 | 300.800 | 90.720 | 23,2 | 642.404 |
| | Noviembre | 119.502 | 118.575 | 92.310 | 26.265 | 22,2 | 992.242 |
| | Diciembre (1 - 15) - Pago Previo* | 229.954 | 194.145 | 85.757 | - | - | 844.277 |
| | Diciembre (28 - 29 - 31) | 210.287 | 89.416 | 67.754 | 21.662 | 24,2 | 425.209 |
| TOTAL 2011 | | 4.257.420 | 3.017.241 | 1.982.964 | 925.890 | 30,7 | 708.702 |
| 2.012 | Enero | 260.315 | 183.066 | 132.566 | 50.501 | 27,6 | 703.249 |
| | Febrero | 344.598 | 218.634 | 151.757 | 66.877 | 30,6 | 634.461 |
| | Marzo | 330.127 | 197.780 | 142.233 | 55.548 | 28,1 | 599.104 |
| | Abril | 331.140 | 194.247 | 140.055 | 54.192 | 27,9 | 586.602 |
| | Mayo - Pago Previo* | 346.430 | 209.279 | 106.125 | 124.191 | 59,3 | 604.100 |
| | Junio | 403.630 | 243.039 | - | - | - | 602.133 |
| TOTAL 2012 | | 2.016.240 | 1.246.045 | 672.735 | 351.309 | 28,2 | 618.005 |
| TOTAL GENERAL | | 10.210.092 | 7.692.473 | 5.007.366 | 2.349.476 | 90 | 753.419 |

* El valor aprobado es equivalente al valor del pago previo realizado en virtud de las Resoluciones 1275, 4955 y 65 de 2011, teniendo en cuenta que se está adelantando el proceso de auditoría integral.

**Cifras en pesos para efectos del análisis comparativo del valor promedio de recobro mes a mes

Nota: Este valor corresponde a paquetes corrientes (MYT-01 y MYT-02) y difiere de la ejecución presupuestal al ser causación.

Fuente: Base de datos Fidufosyga 2005; SAYP 2011.

En cuanto a los valores de los medicamentos recobrados al Fosyga y en atención a que éstos constituyen cerca del 88% de los valores recobrados en 2010, se da inicio a la implementación de medidas con efecto en el corto plazo con la expedición de la Resolución 4377 de 2010³⁹, con el objeto de frenar el incremento de recobros de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

En este marco de acción, se expide el Decreto 4474 de noviembre 29 de 2010⁴⁰, a través del cual se otorgan facultades al Gobierno Nacional para establecer valores máximos para el reconocimiento y pago de medicamentos no incluidos en los planes de beneficio recobrados al Fosyga, los cuales, tal como lo indica el Artículo 1 del mencionado Decreto, serán entendidos como un techo para toda la cadena de distribución del respectivo medicamento, que es objeto del recobro.

39*Por la cual se modifican las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008.

40 Por el cual se adoptan medidas para establecer el valor máximo para el reconocimiento y pago de recobro de medicamentos con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga.

Con base en este Decreto, el Ministerio de la Protección Social expidió las Resoluciones 5229 de 2010⁴¹, 005 de 2011⁴², 1020 de 2011⁴³, 1697 de 2011⁴⁴, 3470 de 2011⁴⁵ y 4316 de 2011⁴⁶, en donde se determinan los valores máximos de recobro por principio activo para aproximadamente el 90% de los medicamentos no incluidos en los planes de beneficios, los cuales son objeto de aplicación para el Fosyga, en el evento que un medicamento incluido en la norma sea recobrado.

Así mismo, con el objeto de hacer transparente la información de soporte de los recobros, la Resolución 4377 de 2010 establece que no se tramitarán solicitudes de recobro hasta cuando la EPS no haya realizado el correspondiente reporte al Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED⁴⁷, obligación vigente pero que no venía siendo adecuadamente acatada por las entidades que debían reportar. Además, una solicitud de recobro no será tramitada hasta tanto no se presente la información de conformidad con el Código Único Nacional de Medicamentos (CUM), con el fin de facilitar su control.

Por último, se tomaron medidas para garantizar el flujo de los recursos a partir de las solicitudes radicadas en el mes de julio de 2010, a través de las Resoluciones 1275, 4955 y 65 de 2011⁴⁸, que establecieron el mecanismo de pago previo dentro del procedimiento del recobro, el cual garantiza el flujo de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del SGSSS, mediante el pago de forma previa al proceso de auditoría integral que en cumplimiento de la normativa, se realiza a las solicitudes de recobros efectuados por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS.

En este sentido, el artículo 1 de la mencionada Resolución 65 establece:

“Artículo 1°. Autorizar al administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o a quien haga sus veces, para que de manera previa al proceso de auditoría integral, efectúe el quinto día hábil siguiente al vencimiento del término máximo para la radicación de las solicitudes de recobro, pagos equivalentes al porcentaje variable”

⁴¹ “Por la cual se establecen unos valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga”.

⁴² “Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010”.

⁴³ “Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010, modificado por el artículo 1° de la Resolución 0005 de 2011”.

⁴⁴ “Por la cual se modifica parcialmente la tabla contenida en el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010 modificada por el artículo 1° de la Resolución 005 de 2011 y el artículo 1° de la Resolución 1020 de 2011”

⁴⁵ Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga”

⁴⁶ Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga”

⁴⁷ Es una herramienta de apoyo a la política de regulación de precios de medicamentos, que brinda la información necesaria para analizar y controlar el comportamiento de los precios.

⁴⁸ La cual deroga las Resoluciones 1275 de 2011 y 4955 de 2011.

que se calculará de acuerdo con el valor total de los recobros radicados en el correspondiente mes, a través de los formatos MYT01 y MYT02, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce meses y una desviación estándar. Los cálculos de este valor se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada EPS.

5.3 Cálculo de UPCc y UPCs

Para el año 2011 se observaron cambios en el valor de la UPC a través del año. Esto debido a la unificación de los planes de beneficios, medida central en el objetivo del Gobierno Nacional y del Ministerio de reducir las desigualdades. La unificación del POS para mayores de 60 años a partir del mes de noviembre llevó a un ajuste del 6.7% de la prima del régimen subsidiado.

Por otro lado la UPC tiene un ajuste importante durante el año 2012 con la actualización del POS. Luego de la expedición del Acuerdo 29 de 2012 por parte de la CRES, se completó con el estudio de suficiencia de la UPC; este incremento fue el más grande en los últimos años debido a que contenía dos componentes: el primero correspondiente a los incrementos en la prima por las nuevas coberturas del POS, es decir las 197 nuevas tecnologías que ingresaron; el segundo correspondiente al incremento nominal. Se destaca que el incremento en el valor de la UPC para del régimen subsidiado fue mayor que para el régimen contributivo. Esto muestra que con la unificación de los planes de beneficios hay una tendencia a unificar la prima de aseguramiento, precisando que el incremento de la UPC siempre se ha hecho dentro de un marco que mantenga la sostenibilidad financiera del sistema en el mediano plazo.

La Unidad de Pago por Capitación para la vigencia 2012 (Acuerdo CRES 030 de 2011) fue calculada con dos objetivos: *i*) definir el incremento que anualmente se asigna con base en el comportamiento de la frecuencia y severidad de los eventos en salud; y, *ii*) incrementar un valor adicional correspondiente a la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (Acuerdo CRES 029 de 2011). En este marco, se realizaron dos ejercicios paralelos: *i*) la definición del valor de la UPC-C con información histórica estadísticamente trabajada por modelos econométricos de series de tiempo; y *ii*) la definición de la UPC-S a través de una metodología de corte transversal en la cual se utiliza como insumo la información reportada por las 7 EPS del régimen que reportaron la mejor información y por las entidades territoriales donde se efectuaron las pruebas piloto (Distritos de Cartagena y Barranquilla). Como resultado de este ejercicio se acogió la recomendación del Comité Técnico conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la UAE-CRES, y se determinó un incremento del 9.4% para el Régimen Contributivo y del 11.0% para el Régimen Subsidiado.

6. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

6.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud

En cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, a continuación se presentan las actividades y logros resultantes de la gestión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud correspondiente al periodo julio de 2011 a mayo de 2012.

6.1.1. Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud

Durante el período en referencia, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, en el tema de administradores de recursos -Entidades Territoriales, Instituciones Prestadoras de Salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-, tramitó, en el caso de las IPS, un total de 2.924 derechos de petición; se expidieron 10.421 resoluciones con decisiones de fondo frente a los procesos administrativo por incumplimiento en el reporte de Circular Única. Para el caso del Fosyga se tramitaron 524 derechos de petición, 572 solicitudes de información, 383 reclamaciones y se ordenó apertura e investigación contra INDUMIL por incumplimiento en el cobro de los tributos con ocasión de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011. En cuanto a las EAPB se tramitaron 5.179 reclamos por deudas de las EPS a IPS, se ordenó apertura de procesos administrativos; 68 de reporte de información y recobros y 45 de reporte de calidad de la información. Se efectuaron 22 auditorías a las EPS del régimen contributivo. Se efectuó requerimiento a los 32 departamentos y 4 distritos sobre la ejecución de recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social para atender Ola Invernal, de los cuales reportaron información 21 entidades con una ejecución del 51.1% de los recursos asignados. Se recibieron 1.934 reclamos por deudas atendiendo el 95%; es decir, 1.837. Se expidieron 467 autos de apertura de investigación a municipios por el incumplimiento en el envío de la información, 28 resoluciones decidiendo investigación administrativa y 14 recursos de reposición.

Se analizó la información financiera a 623 operadores de juegos de suerte y azar; se efectuaron 313 requerimientos a operadores de juegos de suerte y azar; 268 requerimientos a productores de cervezas, licores, vinos y aperitivos y 61 requerimientos a los departamentos; se tramitaron 153 solicitudes de información; se realizaron 13 aperturas de investigación administrativa a las productoras de licores y otras bebidas y se expidieron 38 resoluciones de sanción para empresas de juegos de suerte y azar y 12 para empresas de licores y otras bebidas.

Durante el período Julio-Diciembre de 2011, las transferencias por concepto de renta del monopolio (12% de la venta bruta de la lotería) al sector salud ascendió a \$66.814 millones por Impuesto a Foráneas (10%), Impuesto a Ganadores (17% de los premios pagados), utilidades 2011, por juegos promocionales (14%) y por premios no reclamados.

De los datos tomados del Sistema de Información, se establece un valor por transferencias al sector salud de \$39.126 millones por parte de las Operadoras de Lotería Tradicional o de billetes, para el período Enero-Mayo de 2012. La mayor participación corresponde a la Beneficencia de Antioquia – Lotería de Medellín, con un 17.7%, seguida de la Lotería de Boyacá con un 15.5%. La participación de la Lotería de la Cruz Roja corresponde al 10.2%.

El total de transferencia por concepto de derechos de explotación del juego de Apuestas Permanentes o Chance entre Julio-Noviembre de 2011, ascendió a \$46.508 millones según la información reportada a la Superintendencia por parte de los operadores de apuestas o chance, de conformidad con lo establecido en la Circular Única.

Las Concesiones de Apuestas Permanentes transfirieron al Sector Salud \$79.907 millones en el período Enero a Mayo de 2012, fueron en su orden las autorizadas para la explotación de Chance en los Departamentos de Cundinamarca y Bogotá D.C. (GELSA S.A.) seguida por Antioquia (GANA S.A.) y Valle del Cauca (SOCIEDAD COLOMBIANA DE JUEGOS Y APUESTAS S.A. – GANE)-

6.1.2. Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios

Entre septiembre de 2011 y enero de 2012 se realizó una auditoria integral a las 32 Entidades Territoriales de Salud (DTS) del orden departamental y a los 4 Distritos; en la actualidad se han generado el 90% de los informes preliminares y se encuentra en evaluación los informes finales.

Se realizó evaluación a las 36 DTS con relación al cumplimiento del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Municipal 2011, resultando lo siguiente: a) Cumple la estructura organizacional Departamental PIC, 100%; b) Cumple estructura organizacional Municipal PIC, 69%; c) Cumple aprobación POA municipal 2011, 52%; d) Cumple asistencia a municipios, 58%; e) Cumple contratación 2011, 47%; f) Cumple aprobación POA departamental 2011, 37%; y g) Plan de mejoramiento en curso: 74%.

Con relación al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad PAMEC se realizó evaluación referencial al total de las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales y Distrital, con retroalimentación y solicitud de plan de mejoramiento respectivo a 12 de ellas y a dos (Chocó y Sucre) se les inició proceso sancionatorio. Se realizó una evaluación integral a las 20 EAPB del Régimen Contributivo a las 2 entidades adaptadas y a las entidades exceptuadas: Dirección de Sanidad de la Policía, de las Fuerzas Militares y Fiduprevisora. Se realizó auditoría referencial con relación a la Red Prestadora de las EPS del Régimen Subsidiado así como respecto de la elaboración e implementación del PAMEC, lo cual ocasionó la solicitud de plan de mejoramiento que dio los siguientes resultados:

Cuadro No. 76

Evaluación EPS Subsidiadas con relación a la red de servicios y el PAMEC

| Entidad | Resultados evaluación red prestadora | | Resultados evaluación PAMEC |
|----------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| | Cumplimiento | Calificación | |
| Convida | Parcial | 5% | No aceptable 35%, |
| Caprecom | Parcial | 45% | No aceptable 105% |
| Capresoca | Parcial | 55% | Aceptable 200% |
| Salud Condor | Parcial | 30% | Aceptable 130% |
| Selva Salud | Parcial | 35% | Apertura investigación Administrativa |
| Salud Total | No enviaron información | | Aceptable 200% |
| Cafesalud | Parcial | 75% | No aceptable |
| Comfenalco Antioquia | Parcial | 60% | No aceptable 20% |
| HumanaVvivid | No enviaron información | | No aceptable 20% |
| Solsalud | Parcial | 55% | Aceptable |
| Salud vida | Parcial | 45% | No aceptable 105% |

Fuente: Delegada para la Atención en Salud.

Otras actividades a resaltar son:

- Auditoría referencial a 36 Entidades Territoriales Departamentales sobre cumplimiento en la gestión de IVC al Plan de Mantenimiento Hospitalario. En 2011 cumplieron reporte y gestión 13, se envió a proceso sancionatorio a 9 y se realizó retroalimentación para el mejoramiento a 14 Entidades Territoriales. En el 2012 se envió a proceso administrativo sancionatorio a 12 Entidades Territoriales.
- Auditoría referencial a 36 Entidades Territoriales Departamentales ETD-, año 2011, en cumplimiento de acciones de IVC a la Tecnología Biomédica, observando que el 72% registró cumplimiento en el reporte y 42% cumplen estructura del reporte. En el 2012, se realizó Auditoría referencial a 36 ETD, en cumplimiento de acciones de IVC a la Tecnología Biomédica observando que entre el 22 % y el 28% no reportan información; el 60% de los Entes Territoriales realizan un reporte incompleto y/o con datos no factibles de análisis.
- Durante el último trimestre del 2011, a través de Contrato Interadministrativo N° 159 se realizó la Auditoría a 22 Comités Técnico Científicos de las EPS y entidades Adaptadas del Régimen Contributivo; de acuerdo con los principales resultados, se generaron conductas de fondo: 1) Solicitud de plan de mejoramiento a seis entidades que corresponden al 30 % del total de las auditadas: Compensar, Sura EPS, Servicio Occidental de Salud SOS, Golden Group, Solsalud y Cruz Blanca; 2) Apertura de Proceso administrativo sancionatorio a catorce entidades que corresponden al 70% del total de las auditadas, teniendo en cuenta que estas EAPB presentan un incumplimiento muy alto, alto y medio, en los estándares del módulo II, lo cual significa que existen barreras de acceso a los servicios de salud o medicamentos a su población afiliada. Así mismo los incumplimientos pueden, llevar a sobrecostos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas entidades son: Famisanar, Sanitas EPS, Fondo Pasivo Ferrocarriles Nacionales, Cafesalud, Aliansalud, Comfenalco Valle, Salud Vida, Comfenalco Antioquía, Nueva EPS, Salud Total, Colpatria EPS, EPM Departamento Médico, Humana Vivir y Coomeva EPS.
- Visitas de auditoría a 20 establecimientos carcelarios, de los cuales 0% de establecimientos cumplen con servicio de salud habilitado, 15% de establecimientos conocen su red, 10% establecimientos tienen identificada la población por régimen y perfil epidemiológico; 55% de establecimientos no cumplen con infraestructura para prestación de servicios de salud.
- 16 visitas de acompañamiento a la gestión de los planes de contingencia de la Ola Invernal; elaboración y difusión de la Circular 0001 impartiendo

instrucciones al respecto a 17 EPS y 16 DTS; se participó activamente en 69 reuniones del comité de Ola Invernal del MPS.

- Se realizó requerimiento a EPS, DTS y algunas IPS por la ocurrencia de 416 casos presentados en 2010, solicitando planes de mejoramiento. Se hizo seguimiento a los nuevos casos presentados en 2011 en los tres grupos de entidades que registran incumplimiento con inicio de proceso preliminar a 11 EPS, 11 IPS y 1 DTS. Se realizaron 2 programas de TV institucional sobre maternidad segura.
- Se realizó seguimiento y retroalimentación al 100% de las EAPB y DTS para el mejoramiento de control prenatal y recién nacido frente a 929 casos de Sífilis congénita presentados en primer semestre 2011.

6.1.3. Protección al usuario y participación ciudadana

Se tramitaron un total de 385.659 peticiones, reclamos y consultas generales, las cuales fueron recepcionadas de manera escrita 20.665; telefónica, por página web y chat 356.229 y en atención personalizada 8.765.

Se verificó el cumplimiento a 4.006 fallos, así: 2.150 del período de julio a diciembre de 2011 y 1.856 de enero 1 a mayo 31 de 2012.

En el segundo semestre del año 2011 y enero de 2.012, fueron solicitados Planes de Mejoramiento a 30 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, de las auditorías realizadas en los meses de octubre y noviembre de 2.011, con el fin de verificar el funcionamiento de las Oficinas de Atención al Usuario y los mecanismos de Participación Ciudadana. Durante julio a diciembre de 2011 se realizaron visitas inspectivas, para verificar el funcionamiento de las Oficinas de Atención al Usuario y los mecanismos de Participación Ciudadana a EPS del régimen contributivo (Nueva EPS, Saludcoop, Coomeva, Humana Vivir, y Salud Total), a EPS del régimen subsidiado (Emssanar, Selvasalud y Coosalud) y a una EPS del régimen exceptuado y especial (Fondo Pasivo Ferrocarriles Nacionales).

De enero a mayo de 2.012 se han realizado 27 visitas inspectivas en la que se verificaron los mecanismos de Participación Ciudadana, Oficinas de Atención al Usuario y el cumplimiento del artículo 123 y 125 del Decreto Antitrámites 0019 del 2012, relacionado con la asignación de citas generales y autorización de servicios de salud a EPS del régimen contributivo (Nueva EPS, Solsalud, Sura, Coomeva, Humana Vivir, Saludcoop, Sanitas, Cafesalud, Cruz Blanca, Aliansalud, Salud Colpatria, Famisanar, Golden Group, Salud Total, Compensar, Sanitas, Comeva, IPS Bienestar) y EPS del régimen subsidiado (Caprecom, Convida, Salud Condor, Cajacopi).

En desarrollo de la política de participación ciudadana en el control de la prestación y calidad de los servicios en salud, se realizaron cinco Consultas Ciudadanas en el segundo semestre de 2.011, y de enero a mayo de 2.012 se han realizado cuatro Consultas Ciudadanas; fueron conformadas veedurías ciudadanas en cada una de las ciudades donde se realizó Consulta Ciudadana.

Finalmente, se dio apertura a 18 investigaciones administrativas a las siguientes EPSs: Cajacopi EPS-s, Nueva EPS, Selvasalud EPS-s, Saludcoop, Colsubsidio, Comfenalco Valle, Humana vivir, Solsalud y al Dispensario médico de la Brigada sexta de las FFMM.

En el período de Julio 2011 a Mayo de 2012 se expidieron 22 resoluciones de sanción (Salucoop, Sanitas, Nueva EPS, Salud Total, Emdisalud, Humana Vivir, Solsalud, Caprecom, Famisanar, Cruz Blanca y Secional de Salud e Itsmina) por un valor total de 2.060 SMLMV; de enero a mayo de 2012 se expiden 10 Resoluciones de sanción de las cuales una se encuentra en firme, una en archivo y ocho no están en firme. Los motivos principales motivos para sanción son: por incumplimiento atención médica, no entrega de medicamentos e incumplimiento instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

6.1.4. Medidas Especiales

Durante el periodo de análisis, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó las medidas cautelares que se relacionan a continuación:

- Vigilancia especial (total 19) a: EPS Contributivo :Servicio Occidental de Salud SOS, Golden group S.A, EPS Famisanar Ltda.; EPS subsidiado: Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó, Pijaosalud EPSI, EPSS Salud Vida S.A, Ecoopsos EPSS, Cooperativa Empresa Solidaria de Salud y Desarrollo Integral-Coosalud – EPSS, Asmet Salud ESS, Caprecom EPSS, EPS Indígena Mallamas y Capresoca EPSS
- EPS contributivo y subsidiado: EPS Cafesalud S.A.
- Cajas de Compensación Régimen Subsidiado: Caja de Compensación Familiar de Fenalco del Tolima-Comfenalco Tolima, Caja de Compensación Familiar de Boyaca-Comfaboy, Caja de Compensación Familiar de Nariño-Comfamiliar Nariño, Caja de Compensación Familiar de Cartagena - Comfamiliar Cartagena, Caja de Compensación Familiar del Chocó-Comfachoco y Caja de Compensación familiar de Sucre-Comfasucre
- Intervenciones para administrar (Total 6) a: Empresas Sociales del Estado: UBA Nuestra Señora del Carmen I Nivel de Vichada; ESE Hospital

Departamental de San Marcos-Sucre; Hospital la Cruz de Puerto Berrío; Hospital San Vicente de Palmira y Hospital Raúl Orejuela de Palmira

- EPS contributivo y subsidiado: EPS Solsalud.
- Intervenciones para liquidar (Total 4) a:
IPS Privadas: Clínica Manizales en liquidación
EPS Contributivo Salud Colombia EPS
EPS subsidiado: Humana Vivir EPSS
Cajas de Compensación Régimen subsidiado: Comfenalco Antioquia programa régimen subsidiado en liquidación

Con corte a Mayo de 2012, se encuentran en medida cautelar preventiva de toma de posesión y de intervención forzosa tanto para administrar como para liquidar treinta y nueve (39) entidades, distribuidas en el territorio nacional, de la siguiente manera: Empresas Sociales del estado: 18; EPS: 9; EPS Cajas de Compensación Régimen Subsidiado: 5; IPS privadas: 4; Entes territoriales: 2; y, Monopolio rentístico: 1.

En cumplimiento a las funciones de seguimiento a la gestión de los agentes interventores, liquidadores y contralores, se realizaron 20 visitas inspectivas a entidades en medida cautelar, en el periodo de julio 2011 a mayo de 2012, de la siguiente forma: IPS privadas: 3; Entes territoriales: 1; Empresas Sociales del estado: 7; EPS Cajas de Compensación: 9.

6.1.5. Función Conciliatoria y Jurisdiccional

En el 2011 se realizaron 870 actas de conciliación en 14 jornadas; 226 actas en solicitudes radicadas en Bogotá para un total de 1.096 actas de conciliación en el 2011, para un total conciliado en el año de \$137.869.66.

Se admitieron un total de 5.455 solicitudes de conciliación para realizar las respectivas audiencias obteniendo como resultado 1.403 acuerdos conciliatorios celebrados por valor de \$243.424 millones de pesos y de los celebrados en la sede de Bogotá a \$118.112 millones de pesos.

En el 2011 se recibieron 99 solicitudes de las cuales fueron 80 por reconocimiento económico, 9 por movilidad, 4 por glosas, 2 por prestaciones económicas, 2 por multifiliación y 1 por libre elección.

Para el 2012, en el tema jurisdiccional se han recibido 236 solicitudes de las cuales 20 se han fallado, 171 se han rechazado, 4 han sido traslado por

competencia, 3 carencia de objeto, 36 son procesos activos, 1 transacción y 1 por conflicto de competencia.

Para el año 2012 se han recibido 684 solicitudes de conciliación en la ciudad de Bogotá y 443 Solicitudes de conciliación recibidas en 3 jornadas realizadas en la ciudad de Cali, Tunja e Ibagué para un total 1.127, por lo cual se han realizado 119 acuerdos conciliatorios en Bogotá y en las jornadas de conciliación.

6.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del INVIMA

El INVIMA se encuentra en un proceso de modernización y rediseño Institucional el cual se realiza siguiendo una metodología probada y propuesta específicamente para organizaciones públicas y sin ánimo de lucro y con base en la filosofía de creación de valor público como concepto fundamental.

6.2.1. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

En el periodo se realizaron en total 837 visitas de las cuales el 48,6% corresponde a visitas de vigilancia, 42,5% a visitas de certificación y el 8,9% restante a visitas de verificación de requerimientos.

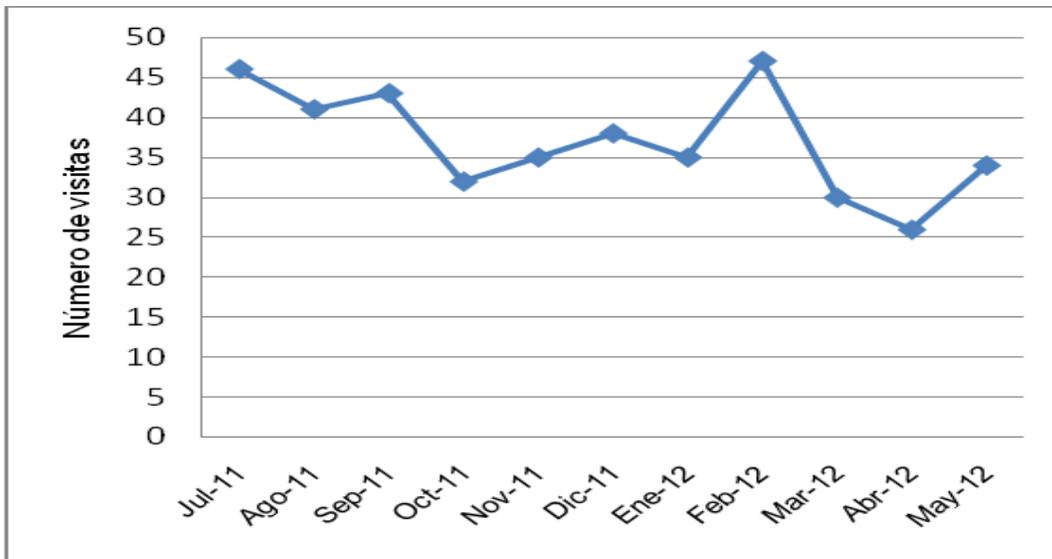
Cuadro No. 77
Visitas de Inspección, Vigilancia y Control

| Actividad | Unidad de Medida | Cantidad |
|---|------------------------|----------|
| Visitas de Inspección, Vigilancia y Control | No. de acciones de IVC | 407 |
| Condiciones Sanitarias | No. de certificaciones | 56 |
| Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento | No. de certificaciones | 294 |
| Buenas Practicas | No. de certificaciones | 6 |
| Verificación de requerimientos | No. de visitas | 74 |

Fuente: Grupo de Inspección, Vigilancia y Control de la Subdirección de Insumos para la Salud y Productos Varios, INVIMA

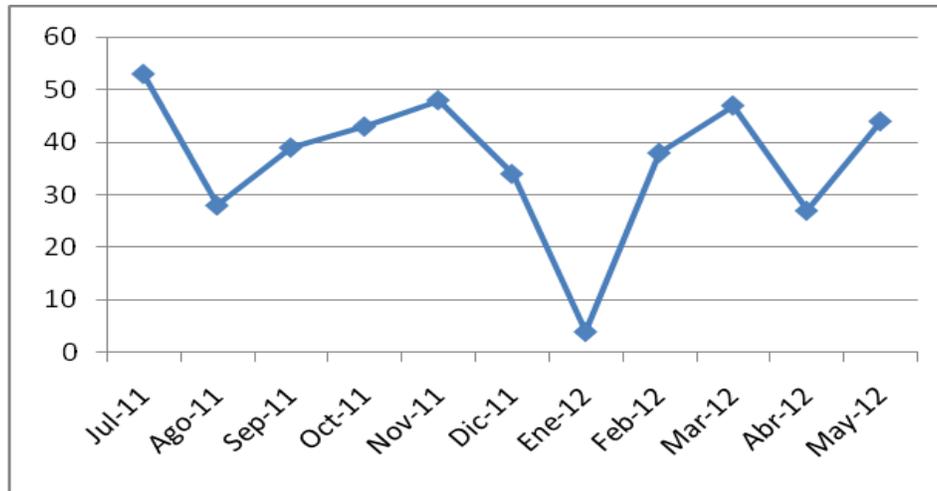
En los meses de enero y febrero de 2012 se llevaron a cabo visitas de vigilancia y control a prótesis mamarias, lo cual se refleja en la disminución de las visitas de certificación en enero de 2012 como se muestra en los gráficos siguientes.

Gráfico No. 7
Visitas de vigilancia y control
Julio 2011 a mayo de 2012



Fuente: Grupo de Inspección, Vigilancia y Control Subdirección de Insumos para la Salud y Productos Varios, INVIMA

Gráfico No. 8
Visitas de certificación
Julio de 2011- mayo de 2012



Fuente: Grupo de Inspección, Vigilancia y Control Subdirección de Insumos para la Salud y Productos Varios, INVIMA

6.2.2. Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización Programa Nacional DeMuestra la Calidad

El programa DeMuestra la Calidad de Medicamentos, tiene como objeto los medicamentos pertenecientes a grupos terapéuticos más empleados de acuerdo a las tasas de morbi-mortalidad en el país, con relevancia clínica (reportes de Farmacovigilancia, denuncias sobre la calidad de medicamentos) y medicamentos de alto costo.

La ejecución del Programa en el año 2011 tuvo como objeto 15 principios activos. Se desarrolló en las ciudades de Bogotá D.C., Medellín y Cali, ciudades en las cuales se tomaron 63 muestras con el apoyo técnico del Laboratorio de Medicamentos del INVIMA; para el año 2012 tiene como objeto 20 principios activos. Para este año se amplió el muestreo en 24 departamentos del territorio colombiano, contando con el apoyo de los grupos de las entidades territoriales y el apoyo técnico de los cuatro laboratorios de las facultades de farmacia de las

universidades Nacional, Antioquia, Atlántico y Cartagena; a continuación se visualizan los resultados para los dos años:

Cuadro No. 78

Resultados Generales DeMuestra la calidad de Medicamentos

| Periodo | Unidad De Medida | Resultados | Acciones |
|---|--|--|--|
| Agosto 2011– Abril 2012 | 63 Muestras (15 Principios Activos) | 63 Muestras Analizadas, 7 No Conformes | 7 Muestreos a Fabricantes |
| Abril – Junio 2012 (Resultados parciales. Proyecto en ejecución hasta Diciembre de 2012) | 147 muestras recolectadas (5 principios activos) | 30 Muestras Analizadas Con 30 Informes de Resultados 2 No Conforme | 2 Contra Muestra al Laboratorio de Medicamentos del Invima |
| Total Proyectos: (Agosto 2011-Junio 2012) | 20 principios activos | 93 Muestras Analizadas 9 No Conformes | 7 Muestras de Retención |

Fuente: Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Acorde a los resultados no conformes de las muestras analizadas, se procede a tomar la muestra de retención del fabricante y re-analizarla y con base a este resultado se aplica una medida sanitaria al producto en cuestión.

Programa de Señalización

El Programa de Señalización se sustenta en la Ley 1122 de 2007, Artículo 34, literal d) "La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos".

Cuadro No 79
Resultados Generales Señalización de Medicamentos

| Periodo | Resultados |
|---------|---|
| 2011 | Se llevaron a cabo reuniones con diferentes empresas que manifestaron su interés en implementar el piloto para evaluar con dos metodologías de evaluación de la trazabilidad las 4 variables asociadas a la efectividad del método de señalización de medicamentos (medicamentos susceptibles, eslabones débiles, zonas geográficas críticas y población vulnerable, de acuerdo con los resultados obtenidos en los convenios realizados entre la Universidad Nacional y el INVIMA. |
| 2012 | Durante el 2012 y con el objetivo de implementar la prueba piloto para evaluar con dos metodologías de evaluación de la trazabilidad las 4 variables asociadas a la efectividad del método de señalización de medicamentos (medicamentos susceptibles, eslabones débiles, zonas geográficas críticas y población vulnerable, se da inicio en el mes de Junio de 2012. |

Fuente: Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

El programa DeMuestra la Calidad de Medicamentos, tiene como objeto los medicamentos pertenecientes a grupos terapéuticos más empleados de acuerdo a las tasas de morbi-mortalidad en el país, con relevancia clínica (reportes de Farmacovigilancia, denuncias sobre la calidad de medicamentos) y medicamentos de alto costo.

6.2.3 Programa de Farmacovigilancia

El programa de Farmacovigilancia tiene como objetivo principal realizar vigilancia a los medicamentos una vez están siendo comercializados para determinar la seguridad de los mismos. Dicho programa cuenta con diferentes actores (pacientes o sus familiares, médico tratante, entidades prestadoras de servicios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades territoriales, laboratorios farmacéuticos).

Cuadro No. 80
Resultados Generales Programa de Farmacovigilancia

| Actividad | Resultados | Resultados |
|--|---------------------|------------------|
| | Mayo-Diciembre 2011 | Enero-Junio 2012 |
| No. de Reportes de reacciones adversas a medicamentos | 2098 | 2641 |
| No. de Envío de Reportes a UPPSALA | 1 | 2 |
| No. de Respuestas de Reacciones adversas a Medicamentos enviados a los reportantes | 286 | 563 |
| Visitas de fortalecimiento de Programa Nacional de Farmacovigilancia a Laboratorios | 7 | 0 |
| Visitas de fortalecimiento de Programa Nacional de Farmacovigilancia a IPS | 37 | 11 |
| Capacitaciones de Fortalecimiento del Programa nacional de Farmacovigilancia | 12 | 8 |
| Gestión de alertas y desarrollo de informes de seguridad de relevancia e impacto para la salud pública (profesionales de la salud) | 0 | 15 |
| Gestión de alertas y desarrollo de informes de seguridad de relevancia e impacto para la salud pública (para usuarios) | 0 | 2 |
| Emisión de comunicados y alertas | 5 | 0 |
| Generación de Información en base a datos locales | 1 | 1 |
| Respuestas de reacciones adversas a medicamentos enviadas a los reportantes | 286 | 563 |
| Oficios publicados en la página web | 0 | 2 |
| Circulares publicadas en la página web | 0 | 2 |

Fuente: Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

El INVIMA ha establecido las principales actividades desarrolladas enfocadas en la gestión del riesgo: Gestión de alertas y generación de informes de seguridad de relevancia e impacto para la salud pública, la clasificación de todas las RAMS (Reportes Adversos de Medicamentos) provenientes de la Red nacional de Farmacovigilancia y generación de respuestas, el aumento del número de instituciones que hacen parte de la Red Nacional de Farmacovigilancia y la organización del IX Encuentro Internacional de Farmacovigilancia en conjunto con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil - ANVISA.

6.2.4 Programa de Tecnovigilancia

Para el período 1 de julio de 2011 al 31 de mayo 2012 los resultados obtenidos fueron:

Cuadro No. 81
Programa de Tecnovigilancia

| Actividad | Jul - Dic 2011 | Ene -May 2012 | Total |
|--|----------------|---------------|-------|
| Número de Reportes de Eventos e Incidentes Adversos | 756 | 739 | 1495 |
| Número de Inscritos a la Red Nacional de Tecnovigilancia | 483 | 335 | 818 |
| Número de Alertas Gestionadas | 23 | 11 | 34 |
| Número de Informes de Seguridad Gestionados | 29 | 34 | 63 |
| Número de Recalls Gestionadas | 7 | 30 | 37 |

Fuente: Subdirección de Insumos para la Salud y Productos Varios, INVIMA

El Programa Nacional de Tecnovigilancia recibió un total de 1.495 reportes de eventos e incidentes adversos. Así mismo, se inscribieron al programa un total de 818 usuarios, de los cuales el 56% corresponde al sector privado y un 44% al sector público. De otra parte, se gestionaron un total de 34 Alertas Sanitarias, 63 Informes de Seguridad y 37 Recalls (Retiro del Producto del Mercado).

6.2.5. Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias

El INVIMA adelanta monitoreos de residuos de medicamentos veterinarios y otros contaminantes químicos en alimentos de origen animal y vegetal, los cuales serán insumo para determinar los riesgos químicos asociados al consumo de estos alimentos y poner en marcha en articulación con otras autoridades de la cadena agroalimentaria un Plan Nacional de Residuos.

**Cuadro No. 82
Monitoreos Realizados**

| Actividad | Alcance | Resultados generales |
|---|---|--|
| Programa de monitoreo de residuos de plaguicidas y otros contaminantes químicos en tomate, arroz, maracuyá y papa | Determinar el comportamiento de la residualidad de plaguicidas y otros contaminantes químicos en productos hortofrutícolas en 404 muestras programadas: 103 muestras tomate, 101 muestras papa, 100 muestras maracuyá y 100 muestras de arroz | En 42 (10.3%) muestras de productos hortofrutícolas se encontraron residuos de plaguicidas. |
| | | En 197 (48.7%) muestras analizadas se encontraron residuos de metales pesados. |
| | | Ninguno de los contaminantes detectados superó los límites máximos permitidos de residualidad (LMR). |
| | | Validación de las metodologías analíticas para nuevos contaminantes en el laboratorio de referencia del INVIMA. |
| Programa de monitoreo de residuos de medicamentos veterinarios y otros contaminantes químicos en bovinos. | Determinar el comportamiento de la residualidad de medicamentos veterinarios y otros contaminantes químicos en 74 muestras programadas de bovinos. | Se hallaron residuos de ivermectina en 35 (47.2%) de muestras. |
| | | Se halló mercurio en 18 (24.3%) muestras, arsénico en 41(54.4%), plomo en 10 (13.3%) y cadmio en 12 (16.2%). En 6 (8.1%) muestras se detectó residuos de plaguicidas organoclorados. |
| | | No fueron superados los límites máximos permitidos de residuos para los contaminantes. |
| Programa de monitoreo de residuos de medicamentos veterinarios y otros contaminantes químicos en aves. | Determinar el comportamiento de la residualidad de medicamentos veterinarios y otros contaminantes químicos en 75 muestras programadas de aves. | No se detectaron residuos de medicamentos veterinarios. |
| | | Se detectó residuos de mercurio en 15 (22,7%) muestras, de arsénico en 30 (45,5%) y de plomo en 7 (10,6%) muestras, sin superar los LMRs. |

Fuente: Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas, INVIMA

Por lo anterior el INVIMA ha tenido en materia de inspección, vigilancia y control avances importantes, al tratar de direccionar las actividades desde un enfoque tradicional de inspección - reactivo a un enfoque basado en el Riesgo - preventivo, aspecto que contribuye al cumplimiento de las metas establecidas en la política sanitaria nacional, permitiendo demostrar ante los países con los que se tiene relación comercial el impacto de su misión institucional.

En la siguiente tabla se observa el porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión de la entidad, correspondiente del periodo 1 de julio de 2011 al 31 de mayo de 2012.

Cuadro No. 83

Ejecución Proyectos de Inversión

| Nombre Del Proyecto | 2011 | | | | 2012 | | | |
|---|---------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------|------------------------|--------|--------------|
| | Apropiación Inicial | Valor Ejecutado Año 2011 | Ejecución Enero - Junio | Ejecución Julio - Diciembre | Presupuesto | Ejecución Enero - Mayo | % Ejec | Sin Ejecutar |
| Adquisición de equipos, materiales e insumos para laboratorios y de sistematización | 6.565 | 2.662 | 328 | 2.333 | 8.243 | 626 | 7,60% | 7.617 |
| Control de calidad Productos Biológicos | 495 | 407 | 338 | 69 | 452 | 158 | 35,02% | 293 |
| Capacitación y Apoyo a entes descentralizados del sector salud | 1.733 | 1.445 | 1.314 | 131 | 2.560 | 506 | 19,77% | 2.054 |
| Levantamiento de la Información e investigación de las condiciones físico sanitarias de los medicamentos, alimentos e insumos | 6.915 | 5.751 | 4.390 | 1.361 | 6.862 | 4.347 | 63,34% | 2.515 |
| Mejoramiento de la Vigilancia Sanitaria | 9.420 | 8.749 | 6.255 | 2.494 | 11.000 | 6.027 | 54,79% | 4.973 |
| Infraestructura | 2.101 | 257 | - | 257 | 53.066 | - | 0,00% | 53.066 |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Informática y Estadística – INVIMA

La fuente de financiación para los proyectos de inversión proviene de recursos propios, distribuidos en recursos de capital (excedentes y rendimientos financieros) y recursos corrientes (ingresos por tarifas).

El INVIMA tiene programado adquirir una sede administrativa que cumpla con los requerimientos de la entidad a nivel de espacio físico y otras condiciones; el proceso actualmente avanza en selección, ubicación y otras alternativas que ya han sido analizadas.

6.3 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

6.3.1 Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen

Las funciones de Inspección, Vigilancia y Control se cumplen mediante la fiscalización a la realización de los trámites de Inscripción, Fiscalización a la Importación a través de las Previsiones, Visto Bueno para aprobación de licencias de importación, expedición de certificados de importación y de exportación, inspección física de las mercancías fiscalizadas que llegan al país, Expedición y respuesta a notificaciones y pre notificaciones, entre otros.

6.3.2. Acciones de IVC

A continuación se presenta la información consolidada de la totalidad de trámites y servicios atendidos por parte de la oficina de Inspección, Vigilancia y Control del FNE durante el período de 1 de julio de 2011 a 31 de mayo de 2012.

Cuadro No. 84
Consolidado Trámites y Servicios Atendidos

| Trámite / Servicio | Meta Tiempo de Respuesta (En días Calendario) | No De Trámites Solicitados y Atendidos II Semestre 2011 | % De Respuestas Efectivas (Cumplen con lo Solicitado por el Usuario, sin errores) | Tiempo Promedio de Respuesta (En días calendario) II Semestre 2011 | No De Trámites Solicitados y Atendidos I Trimestre 2012 | % De Respuestas Efectivas (Cumplen con lo solicitado por el Usuario, sin errores) | Tiempo Promedio de Respuesta (En días Calendario) I Trimestre 2012 |
|---|---|---|---|--|---|---|--|
| Solicitudes de inscripción y relacionadas (ampliación, modificación, renovación y cancelación) | 30 | 253 | 98,4 | 54,0 | 157 | 98,7 | 48,0 |
| Solicitudes de cupos de importación | 30 | 201 | 98,0 | 29,3 | 69 | 98,6 | 19,2 |
| Solicitud de vo.bo. A licencia de importación | 7 | 520 | 99,6 | 6,8 | 293 | 99,3 | 5,9 |

| | | | | | | | |
|---|----|--------------|------|------|--------------|------|------|
| Solicitud de certificado de importación | 10 | 381 | 98,4 | 8,4 | 199 | 97,0 | 7,5 |
| Solicitud de liberación y endoso de guía aérea | 5 | 176 | 100 | 3,7 | 82 | 100 | 2,3 |
| Solicitud de inspección en depósito aduanero | 5 | 410 | 97,6 | 2,8 | 200 | 99,5 | 2,2 |
| Solicitud de formalización de importación y autorización de entrega de mercancía | 7 | 382 | 100 | 4,2 | 236 | 99,6 | 6,1 |
| Solicitud de autorización de compra local | 10 | 76 | 100 | 8,0 | 52 | 98,1 | 4,7 |
| Solicitud de asistencia a transformación | 10 | 287 | 100 | 10,0 | 106 | 100 | 10,0 |
| Solicitud de certificado de exportación | 10 | 267 | 100 | 11,2 | 62 | 100 | 10,0 |
| Consultas, conceptos y certificados | 15 | 42 | 100 | 14,0 | 26 | 99,0 | 15,2 |
| Respuesta a notificación previa a la importación | 15 | 36 | 100 | 14,3 | 20 | 100 | 14,2 |
| TOTAL | | 3.031 | | | 1.500 | | |

Fuente : FNE

De igual manera, a través de las visitas de auditoría a usuarios inscritos y no inscritos se ejerce la fiscalización, seguimiento y asesoría a la adquisición, almacenamiento, uso y distribución de sustancias y productos sometidos a fiscalización. Durante el segundo semestre de 2011 se realizaron 131 visitas de auditoría y durante el primer trimestre de 2012 se llevaron a cabo 39.

Así mismo se adelantan funciones de carácter interinstitucional a nivel nacional e internacional entre las cuales se destacan la participación en la construcción de la Política Nacional contra las Drogas y la actualización del Estatuto Nacional de Estupefacientes, capacitación dirigida a miembros de la Policía Nacional y representantes de las autoridades de países de la región, la revisión y actualización de la clasificación arancelaria de las sustancias sometidas a fiscalización en Colombia, entre otras.

6.3.3. Disponibilidad de Medicamentos Monopolio del Estado

En lo corrido del segundo semestre de 2011 y primer semestre de 2012, para el cumplimiento de la función de seguimiento de la información farmacéutica presentada por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes – FRE, se han creado nuevas herramientas sistematizadas con el objetivo de generar políticas y/o planes de acción tendientes a mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos monopolio del Estado a nivel nacional y además realizar de manera ágil la evaluación de la información suministrada por los FRE.

A la fecha se encuentra en desarrollo una serie de proyectos del Proceso de Disponibilidad como son: 1) Convocatoria para oferentes de propuestas para la preparación magistral Hidrato de Cloral 10% Solución Oral/Jarabe; 2) Convocatoria y desarrollo de Estudios de Biodisponibilidad de medicamentos antiepilépticos con el fin de evidenciar la seguridad y eficacia de los mismos, de acuerdo a lo requerido en el literal ñ del artículo 22 del decreto 677 de 1995; 3) Convocatoria a la Industria Farmacéutica mediante Circulares No. 19 de 02 de Mayo de 2.012 con la finalidad de ampliar la lista de oferentes de medicamentos monopolio del Estado adquiridos como producto terminado, evitando los riesgos inherentes a contar con un solo oferente para la disponibilidad de estos medicamentos.

6.3.4 Consumo de Medicamentos de Control Especial Monopolio del Estado

Como resultado de las medidas tendientes a mejorar y dar cumplimiento a la función de disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos monopolio del estado a la totalidad de la población usuaria a nivel nacional, durante el periodo de 01 de Julio de 2011 a 31 de Mayo de 2012, el consumo de los medicamentos monopolio del Estado refleja las siguientes cifras:

Cuadro No. 85
Consolidado de Ventas/Consumo en Unidades Comerciales
por Medicamentos Monopolio del Estado a nivel nacional.

| Nombre Medicamento | Presentación | Cantidades por Presentación |
|---------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| Fenobarbital Elixir 0,4% | Frasco | 22.716 |
| Fenobarbital X 10 Mg | Caja 30 tabletas | 8.644 |
| Fenobarbital X 50 Mg | Caja 30 tabletas | 18.562 |
| Fenobarbital X 100 Mg. | Caja 30 tabletas | 467.684 |
| Fenobarbital X 40 Mg/MI. | Caja 10 ampollas | 8.568 |
| Fenobarbital X 200 Mg/MI. | Caja 10 ampollas | 2.138 |
| Hidromorfona HCL X 2 Mg/MI. | Caja 10 ampollas | 33.523 |
| Hidromorfona HCL X 2.5 Mg | Caja 20 tabletas | 36.984 |
| Hidromorfona HCL X 5 Mg | Caja 20 tabletas | 2.289 |
| Meperidina HCL X 100 Mg/2 MI | Caja 10 ampollas | 33.860 |
| Morfina HCL X 10 Mg/MI. | Caja 10 ampollas | 107.136 |
| Morfina Solucion Al 3% Vial | Frasco | 17.417 |
| Morfina Solucion Al 3% Oral | Frasco | 63.223 |
| Primidona 250 Mg | Fco 100 tabletas | 3.812 |
| Metadona HCL X 10 Mg. | Fco 20 tabletas | 38.130 |
| Metadona HCL X 40 Mg. | Fco 20 tabletas | 10.760 |
| Concerta 18 Mg | Fco 30 tabletas | 3.741 |
| Concerta 36 Mg | Fco 30 tabletas | 3.282 |
| Ritalina LA 20 Mg | Fco 30 capsulas | 1.337 |
| Ritalina LA 30 Mg | Fco 30 capsulas | 651 |
| Ritalina HCL X 10 Mg | Fco 30 tabletas | 39.474 |
| Total Venta Medicamentos | Millones | \$8.140.6 |

Fecha de corte: 30 de diciembre de 2011

Fuente : FNE

Cuadro No. 86

Consolidado de ventas por departamento a nivel nacional
de medicamentos monopolio del Estado

| Departamento | Valor (Millones) | % De Adquisición |
|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Antioquia | 2.539.2 | 31,192 |
| Amazonas | 1.2 | 0,01 |
| Atlántico | 186.0 | 2,286 |
| Arauca | 4.9 | 0,061 |
| Bolívar | 78.8 | 0,969 |
| Boyacá | 17.4 | 0,214 |
| Caldas | 270.8 | 3,327 |
| Cauca | 29.7 | 0,366 |
| Caquetá | 12.6 | 0,156 |
| Córdoba | 67.3 | 0,827 |
| Cundinamarca | 23.5 | 0,289 |
| Casanare | 9.2 | 0,114 |
| Cesar | 33.3 | 0,409 |
| Choco | 11.7 | 0,145 |
| Guajira | 10.2 | 0,126 |
| Guainía | 0.4 | 0,006 |
| Guaviare | 0.6 | 0,007 |
| Huila | 68.1 | 0,837 |
| Nariño | 106.2 | 1,306 |
| Norte de Santander | 157.4 | 1,934 |
| Magdalena | 51.0 | 0,627 |
| Meta | 39.2 | 0,483 |
| Putumayo | 3.0 | 0,037 |
| Quindío | 474.3 | 5,826 |
| Tolima | 105.9 | 1,301 |
| Sucre | 64.2 | 0,790 |
| Santander | 344.8 | 4,237 |
| Risaralda | 293.1 | 3,601 |
| Vaupés | - | 0,000 |
| Valle | 364.8 | 4,482 |
| San Andres | - | 0,000 |
| Vichada | 0.2 | 0,003 |
| Colsubsidio (Bogotá) | 599.9 | 7,370 |
| Bogota | 2.169.9 | 26,656 |
| Total Nacional | 8.140.6 | 100,00 |

Fecha de corte: 30 de diciembre de 2011

Fuente : FNE

Las anteriores tablas reflejan que los medicamentos monopolio del Estado de mayor consumo/rotación son: 1. Fenobarbital Acido 100 mg Tableta; 2. Morfina HCl 10 mg/mL Solución Inyectable – Ampolla; 3. Metilfenidato HCl (Ritalina) 10 mg Comprimidos; 4. Metadona HCl 10 mg Tabletetas; 5. Hidromorfona HCl 2,5 mg

Tabletas; e 6. Hidromorfona HCl 2,0 mg/mL Solución Inyectable – Ampolla. El FRE Antioquia, el Fondo Nacional de Estupefacientes (Bogotá D.C.), Operador logístico del FNE para distribución de medicamentos monopolio del Estado, FRE Quindío, FRE Santander y FRE Caldas son los puntos de mayor distribución y venta de medicamentos monopolio del Estado a nivel nacional.

De acuerdo con lo anterior, el Fondo garantizó el 100% la disponibilidad de la mayoría de los medicamentos monopolio del Estado, realizándose su distribución de manera oportuna, eficiente y con calidad, principalmente de los medicamentos que contienen como principio activo la Morfina HCl, Hidromorfona HCl, Meperidina HCl y Metadona HCl (tratamiento del dolor agudo o severo por cáncer y/o SIDA), anticonvulsivantes como Fenobarbital Acido/sódico y Primidona (tratamiento de la epilepsia) y estimulantes del sistema nervioso central como el metilfenidato (tratamiento de la hiperactividad) a los pacientes colombianos.

Se dio cumplimiento a la función social del FNE, permitiendo el acceso de la población en estado de mayor vulnerabilidad, como desplazados y enfermos en situación de pobreza, a los medicamentos monopolio a precios bajos, ejerciendo un estricto control en la distribución de los mismos y logrando que en todos los departamentos del territorio nacional se contara con existencias adecuadas de medicamentos.

6.4. Vigilancia en Salud Pública

6.4.1 Acciones Instituto Nacional de Salud

La vigilancia en salud pública, definida como el “proceso de monitoreo crítico, sistemático y constante de los eventos en salud”, solo cobra sentido si permite orientar las acciones necesarias para la toma de decisiones saludables. En este orden de ideas el Instituto Nacional de Salud como responsable operativo de la vigilancia y el control de las enfermedades de interés en salud pública, para el periodo julio- diciembre de 2011 desarrolló avances en el módulo de captura de información en el SIVIGILA para los siguientes eventos:

- Creación de piloto de notificación de bajo peso al nacer.
- Creación de piloto de morbilidad materna extrema.

Con relación al proyecto Implementación de piloto de factibilidad para desarrollar la capacidad de monitoreo de los precios, frecuencias de uso por patología, por servicio, de medicamentos y grupos de edad (Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, apoyados en unidades notificadoras del SIVIGILA), a 31 de diciembre de 2011 cumplió el cronograma planeado con un 100% de su

ejecución, realizando la fase de capacitación e implementación del software que será utilizado en el desarrollo del proyecto y se hizo el acompañamiento en las unidades primarias generadoras de datos – UPGD, seleccionadas en el estudio mediante muestreo aleatorio en todo el territorio nacional.

En lo corrido del año 2012, se está realizando la prueba piloto y verificando por todo el país la factibilidad y calidad de los RIPS, de acuerdo con el cronograma establecidos en el plan decenal.

Para dar cumplimiento a las metas nacionales, el Instituto Nacional de Salud hace parte de la "Alianza para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita" con OPS, MSPS y ACEMI y del "Acuerdo para eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita" con OPS, MSPS y Gestarsalud, atendiendo los objetivos de desarrollo del Milenio que contemplan: "disminución de la mortalidad infantil", "mejorar la salud materna" y "combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades".

En el cuadro siguiente se informan los casos presentados por Infecciones de Trasmisión Sexual - ITS para julio- diciembre de 2011 y enero-mayo de 2012:

Cuadro No. 87
Casos de Sífilis y Mortalidad por VIH - SIDA notificados

| Evento | Jul-Dic 2011 | Ene-May 2012 |
|---------------------|-----------------|-----------------|
| Sífilis Congénita | 1.141 | 762 |
| Sífilis Gestacional | 2.624 | 1.908 |
| Casos VIH – SIDA | 4.500 | 2.666 |
| Muertes VIH – SIDA | 353 | 175 |

Fuente: Subdirecciones Vigilancia y Control en Salud Pública. INS

Es importante tener en cuenta que en los eventos de sífilis gestacional y congénita, se está realizando acompañamiento permanente en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a las aseguradoras, para identificar los puntos críticos relacionados con la vigilancia y con la atención del evento y así promover acciones correctivas que permitan disminuir el número de casos. Así mismo, el MSPS expidió el 3 de Noviembre de 2011, la circular sobre "Intensificación de las acciones para la eliminación de la sífilis congénita en el país", dirigida a los actores del sistema.

En los siguientes cuadros se presentan los resultados del seguimiento efectuado por el Instituto Nacional de Salud, a las enfermedades inmunoprevenibles:

Cuadro No. 88
Casos de Enfermedades Inmunoprevenibles

| Enfermedad Inmunoprevenible | N° Casos notificados jul-dic 2011 | N° Casos confirmados jul-dic 2011 | Muertes jul-dic 2011 | N° Casos notificados ene-may 2012 | N° Casos confirmados ene-may 2012 | Muertes ene-may 2012 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Sarampión | 2.509 | 0 | 0 | 623 | 0 | 0 |
| Rubéola | 1.401 | 0 | 0 | 441 | 0 | 0 |
| Tos ferina | 3.506 | 911 | 16 | 3982 | 780 | 18 |
| Síndrome de Rubéola Congénita | 276 | 0 | 0 | 44 | 0 | 0 |
| Tétanos Neonatal | 4 | 2 | 0 | 5 | 1 | 0 |
| Tétanos Accidental | 45 | 35 | 6 | 28 | 21 | 4 |
| Parálisis Flácida Aguda * | 166 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 |
| Varicela | 121.299 | 121.299 | 45 | 33.566 | 33.543 | 24 |
| Parotiditis | 16.128 | 15.926 | 0 | 3.786 | 3.769 | 0 |
| Meningitis por S.Pneumoniae * | 183 | 118 | 18 | 37 | 22 | 2 |
| Meningitis por Haemophilus Influenzae * | 132 | 34 | 0 | 38 | 7 | 0 |
| Meningitis por N. meningitidis * | 172 | 73 | 11 | 45 | 20 | 3 |
| Hepatitis B | 1.912 | 1.912 | 18 | 824 | 824 | 9 |

* La información de 2012 es con corte a Marzo

Fuente: Subdirecciones Vigilancia y Control en Salud Pública. INS

Cuadro No. 89
Casos por Dengue notificados

| Evento | Jul-Dic 2011 | Ene-Abril 2012 |
|--------------|--------------|----------------|
| Dengue | 15.441 | 14.889 |
| Dengue Grave | 655 | 518 |

Fuente: Subdirecciones Vigilancia y Control en Salud Pública. INS

Cuadro No.90
Casos por Leishmaniasis notificados

| Evento | Jul-Dic 2011 | Ene-May 2012 |
|---------------|---------------------|---------------------|
| L. Mucosa | 77 | 58 |
| L. Cutánea | 4.125 | 3449 |
| L. Visceral | 3 | 6 |

Fuente: Subdirecciones Vigilancia y Control en Salud Pública. INS

Cuadro No. 91
Casos por Malaria notificados

| Evento | Jul-Dic 2011 | Ene-May 2012 |
|---------------|---------------------|---------------------|
| M. Falcíparum | 8.439 | 4.350 |
| M.P Vivax | 24.676 | 16.203 |
| M. Mixta | 497 | 204 |

Fuente: Subdirecciones Vigilancia y Control en Salud Pública. INS

En cuanto a los eventos de zoonosis, en el año 2011, se fortaleció la vigilancia de las enfermedades compartidas entre el hombre y los animales obteniendo los siguientes logros:

- Se priorizaron los eventos de leptospirosis, encefalitis equinas y rabia silvestre.
- Para encefalitis equinas se inicia la revisión del protocolo de vigilancia con el fin de obtener un producto que integre salud animal y humana.
- Se realizó una reunión con expertos nacionales e internacionales para la revisión de los procesos de vigilancia del país, obteniendo una estrategia integral de vigilancia para encefalitis.
- En rabia silvestre, se efectuó un trabajo de capacitación por parte del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS) enfocado al control de murciélagos, dirigido al personal de salud local y nacional.
- Se ajustó el protocolo de vigilancia de leptospirosis con el objetivo de sensibilizar a las entidades territoriales sobre su importancia y la implementación del diagnóstico
- Se logró la capacitación sobre el manejo y control de roedores sinantrópicos, con el fin de formular un programa para adecuarlo según las diferentes características de las 36 entidades territoriales además de ayudar con el control y prevención de la leptospirosis en Colombia.

Para el periodo del informe se realizaron las siguientes acciones para mejorar la notificación de Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

- Mejoramiento de la calidad diagnóstica de los laboratorios clínicos participantes del programa de garantía de calidad en química clínica y hematología.
- Se creó una encuesta de los factores de riesgo que permite hacer seguimiento al resultado de las políticas establecidas creando una metodología sencilla para que desde los niveles locales se genere la información para aportar a la toma de decisiones.
- Se realizó el análisis de morbilidad atendida por enfermedades crónicas no trasmisibles tomando como fuente de datos los RIPS.
- Se elaboraron las guías preliminares para el análisis morbilidad, mortalidad, respuesta social y desarrollo de unidad de análisis para enfermedades crónicas no trasmisibles – ECNT.

Colombia por ser un país con una importante producción agrícola e industrial, el uso de sustancias químicas en las diferentes áreas de la producción, también es alto. Por esta razón, desde el INS se ha venido trabajando en el fortalecimiento y mejora en el nivel de notificación del sistema de vigilancia por parte de las entidades territoriales. A continuación se presenta el número de casos de intoxicaciones notificadas:

Cuadro No. 92
Casos por Intoxicaciones notificados

| Evento | Jul-Dic 2011 | Ene-May 2012 |
|-------------------|--------------|--------------|
| I. Plaguicidas | 5.210 | 3.322 |
| I. Medicamentos | 4.325 | 2.803 |
| I. Metanol | 263 | 34 |
| I. Metales | 62 | 43 |
| I. Solventes | 456 | 293 |
| I. Otros Químicos | 4.376 | 3.163 |

Fuente: Subdirecciones Vigilancia y Control en Salud Pública. INS

Durante el periodo julio-diciembre de 2011, se reportaron 6.296 casos de enfermedades transmitidas por Alimentos (ETA) y se han reportado 3.988 de enero a mayo del presente año. Con el propósito de disminuir la incidencia de este evento de salud pública, el Instituto Nacional de Salud realiza asesorías técnicas permanentes a nivel nacional, para la socialización de los protocolos establecidos para la vigilancia de las Enfermedades transmitidas por Alimentos, para garantizar el reporte y control oportuno de las mismas.

La gestión relacionada con salud oral para el segundo semestre de 2011 y lo corrido de la vigencia 2012 ha presentado los siguientes logros:

- Vigilancia de la exposición a flúor: A finales del año 2011 se inició la implementación de la prueba piloto de la vigilancia de la exposición a flúor en seis entidades territoriales del país y con un total de 19 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) participantes; Se contó con la participación de 6 Entidades Territoriales y 12 unidades primarias generadoras de datos. En el periodo enero-mayo de 2012 se realizó una evaluación del proceso para el ajuste pertinente y se programó la implementación de la vigilancia en el país.
- Modelo de vigilancia en salud pública en salud bucal: Se inició la estructuración del modelo de vigilancia que permitirá la prevención de eventos como la caries dental y correcto control y seguimiento de eventos como el labio y paladar fisurados y las lesiones precancerígenas en boca.

Por otra parte el INS ha desarrollado acciones tendientes a desarrollar, producir y comercializar bienes y servicios de interés en salud pública con los más altos estándares de calidad como los que se presentan a continuación.

Para el periodo julio-diciembre de 2011, se alcanzó una producción de 3.119 viales de suero antiofídico polivalente, insumo prioritario para la atención oportuna y adecuada de los casos de ofidiotoxicosis o accidente ofídico producidos en el territorio nacional, cuya notificación ha aumentado debido a la intensificación de la vigilancia. Para enero-mayo de 2012 se encuentra en producción un lote de suero antiofídico que equivale a 3.000 viales aproximadamente. Se contará con ella en el mes de julio.

El bioterio del Instituto Nacional de Salud es responsable del cuidado y uso de animales de laboratorio, acorde al cumplimiento de los principios éticos relacionados con el empleo de animales de experimentación y enmarcado en los requerimientos de calidad y bienestar animal.

La unidad de producción provee varias especies de roedores 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, diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública y pruebas de control biológico que requiere la comunidad científica del Instituto, así como en proyectos de investigación, pruebas de laboratorio y enseñanza desarrollados por otras instituciones, universidades y centros de investigación en Colombia.

La producción total de animales de laboratorio con destino a los distintos usuarios del bioterio del Instituto, durante el periodo julio-diciembre de 2011 fue de 14.853 animales. De enero a mayo de 2012 se han producido 8.960 animales de laboratorio.

Para el periodo julio-diciembre de 2011 se reportó la producción de 1.581 litros de medios de cultivo, atendiendo la demanda de medios de cultivo requeridos como reactivos diagnósticos fundamentales para el mantenimiento, la siembra, el cultivo, el aislamiento y la identificación de microorganismos, esenciales en los procesos de control de calidad microbiológico de investigación y de diagnóstico clínico, entre otros. Para el periodo enero-mayo de 2012 se han producido 1.335 litros de medios de cultivo.

En lo relacionado con proyectos de investigación que atienden problemática de la agenda de salud pública, para el periodo julio-diciembre del año 2011, se aprobaron y ejecutaron un total de 54 proyectos de investigación, en diferentes grupos de las Subdirecciones que conforman el Instituto Nacional de Salud, los cuales estuvieron enmarcados en las prioridades de investigación establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública. Para el año 2012 se están desarrollando 51 proyectos de investigación.

6.4.2 Acciones Dirección de Epidemiología y Demografía

La vigilancia de la salud pública se define como el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública.

El rediseño institucional del MSPS creó la Dirección de Epidemiología y Demografía con tres grupos funcionales, uno de los cuales es el de Vigilancia el cual a su interior contempla: Vigilancia de eventos objeto de vigilancia, Vigilancia sanitaria, Vigilancia de estrategias y resultados en salud y Vigilancia Demográfica.

Con respecto a la malaria en el año 2011, fueron notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, 62.716 casos nuevos de malaria, de los cuales 46.188 (73,7%) fueron causados por el *P. vivax*; 15.662 (25%) por el *P. falciparum*, 841 (1,3%) por la asociación de los anteriores y 25 (0,04%) por *P. malariae*. Se notificaron 540 casos de malaria complicada. El 39% de las muertes por malaria se presentaron en el departamento del Chocó (7 de 18 muertes).

Antioquia notificó el 41,3% de los casos, seguido por Chocó con el 18,8% y Córdoba con el 15,6%; estos tres departamentos agrupan el 75,6% de casos de malaria reportados en el país; en estos tres departamentos se desarrolla actualmente, el proyecto “Uso de la inteligencia epidemiológica con participación social, para fortalecer la gestión del Programa, mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y ejecutar intervenciones eficaces para la prevención y control de la malaria, Colombia 2010 – 2015” el cual busca reducir la morbilidad al menos en un 40% y la mortalidad al menos en un 95%, en 44 municipios pertenecientes a los departamentos de Antioquia, Cauca, Chocó, Córdoba y Valle que concentran cerca del 80% de los casos del país. Este proyecto es financiado por el Fondo Global para la lucha contra la tuberculosis, el VIH y la malaria que se ejecuta desde marzo de 2010.

Centro Nacional de Enlace - CNE

Es una unidad de “inteligencia” epidemiológica y sanitaria de la Dirección de Epidemiología y Demografía que depende del Grupo de Vigilancia y cumple las funciones de monitoreo y evaluación de las Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) que se registren en el país, para su posterior notificación a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la operación y funcionamiento del CNE se desarrollan actividades encaminadas a la detección temprana y notificación oportuna de los riesgos en salud pública para dar una respuesta proporcionada. Dentro de las acciones de detección temprana de eventos de interés en salud pública con posibilidades de progresar a una emergencia en salud pública se tiene:

Monitoreo de medios e información de interés del CNE; el objeto de esta actividad es la identificación de información de interés en salud pública que se encuentra reportada en medios de comunicación y de fuentes formales y oficiales, consolidándose en Boletines Diarios y Semanales y posteriormente enviados a las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud Pública. Como resultado de esta actividad durante la vigencia julio 2011/mayo 2012 se captaron 1.706 noticias con información de interés en salud pública; el 77% (1.316) de ocurrencia nacional y el 23% (390) a nivel internacional, emitiéndose 359 boletines diarios y 44 boletines semanales.

Seguimiento de la red de comunicaciones de los puntos focales nacionales; el propósito de la actividad es garantizar la disponibilidad del recurso humano y tecnológico para el intercambio de información que permita la verificación y confirmación de situaciones de riesgo para la salud pública. Para tal fin el CNE

tiene dispuesto a nivel nacional 216 teléfonos móviles, permitiendo diaria y permanente la verificación de la red de comunicaciones entre los funcionarios del CNE, MSPS, INS y DTS. Dentro los resultados de la implementación del Contact Center se obtuvo para la vigencia julio 2011 - Mayo 2012, 4.051 reportes de disponibilidad, iniciando con un promedio mensual de 7,68 llamadas por Dirección Territorial de Salud – DTS a 39 llamadas mensuales por DTS, captándose y registrándose 146 Eventos de Interés en Salud Pública por la red de comunicaciones.

Verificación, Evaluación y apoyo a la Respuesta de Alertas a Emergencias en Salud Pública; esta actividad se centra en el establecimiento de las vías de acción que deben seguir a la detección de un riesgo en salud pública de cualquier origen, en la cual se requiere que se corrobore la legitimidad del riesgo por medios de la valoración inicial y se determine su naturaleza, las amenazas presentes en torno a él, su potencial daño a la población humana, animal o al ambiente, y que por su ubicación tenga la posibilidad de afectar a más de un territorio a nivel nacional e internacional. Durante la vigencia, se captaron 156 situaciones de alerta las cuales fueron verificadas y evaluadas a fin de prevenir o descartar una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Sanidad Portuaria

El propósito del grupo de trabajo es orientar las acciones de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia y Control Sanitario y Gestión Intersectorial en los terminales nacionales y puntos de entrada para prevenir, controlar y brindar respuestas proporcionadas frente a los riesgos de salud pública y otros riesgos relacionados con el tráfico nacional e internacional de personas, mercancías y medios de transporte.

Certificación de áreas portuarias; para ello, se emitieron los lineamientos técnicos y jurídicos para la selección de los puntos de entrada internacional priorizados que tuvieran las capacidades básicas necesarias para la movilidad de personas (viajeros y tripulaciones), medios de transporte (embarcaciones y aeronaves) y mercancías en tránsito en el país. Así mismo, se construyó la red de contactos nacionales e internacionales que permitiera la comunicación rápida y oportuna de situaciones de interés en salud pública con posibilidades de progresión a una Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

Fortalecimiento de las acciones en Sanidad Portuaria; esta acción contempló el diseño, documentación, la formulación y validación de herramientas, estrategias de educación continuada y virtual de los sectores que intervienen en los diferentes

puntos de entrada. Teniendo en la actualidad el módulo de capacitación “Aplicación del marco Técnico y Normativo Nacional e Internacional en puntos de entrada”.

Como parte del fortalecimiento, se realizaron ajustes técnicos de los manuales y guías de sanidad portuaria, en la cual contiene los instrumentos técnicos y operativos para la expedición de los certificados de sanidad a bordo en embarcaciones, gestión de IVC en áreas portuarias y en medios de transporte, y las funciones del gestor en sanidad portuaria.

Fortalecimiento del Marco normativo en Sanidad Portuaria; con el fin de dar un soporte jurídico y normativo a las directrices y lineamientos emitidos y su posterior incorporación efectiva en los diferentes sectores e instituciones que intervienen en los puntos de entrada, el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra formulando el proyecto de decreto de sanidad portuaria, Decreto “*Por el cual se establecen las capacidades básicas, las acciones de prevención, control y respuesta en Salud Pública, gestión intersectorial de los factores de riesgos y daños a la salud humana, sanidad animal y vegetal, calidad de productos y el ambiente, con el fin de prevenir la propagación de enfermedades y la presencia de cualquier otro daño generado en personas, medios de transporte, mercancías y áreas que presten este servicio para el tráfico nacional e internacional*”. Como reglamentación complementaria al decreto se han elaborado dos proyectos de resolución, *por las cuales se clasifican y definen los requisitos sanitarios de los aeropuertos, puertos marítimos, fluviales, terminales terrestres y pasos fronterizos*” y la relacionada con la adopción del Manual de Inspección Vigilancia y Control de sanidad portuaria “*por la cual se adopta el manual de inspección, vigilancia y control para los puntos de entrada y terminales nacionales y las guías sanitarias para las aeronaves, embarcaciones marítimas, fluviales, transporte terrestre de carga y buses de transporte de pasajeros*”.

Gestión Interinstitucional ante situaciones de interés en salud pública; como resultado de la incorporación efectiva de la red de comunicaciones, la asesoría y asistencia técnica de las acciones de sanidad portuaria en los puntos de entrada y el fortalecimiento de las capacidades básicas necesarias para la movilización de viajeros y medios de transporte; se tiene actualmente un enlace efectivo con las autoridades competentes y responsables de los puntos de entrada.

Red Nacional de Laboratorios

Es el soporte de la Vigilancia está organizado como un sistema técnico gerencial cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia,

laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios, y servicios de toma de muestras y microscopia, para la realización de exámenes en apoyo a la vigilancia de eventos de interés en salud pública y para la vigilancia y control sanitario.

Para organizar la Red Nacional de Laboratorios, reglamentar su gestión y garantizar su adecuado funcionamiento y operación, el Ministerio de Salud y Protección Social en trabajo conjunto con el Instituto Nacional de Salud - INS, como coordinador de la Red y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, durante el año 2011 ha consolidado los siguientes documentos y lineamientos:

- Estandarización de lineamientos para remodelación y construcción de Laboratorios de Salud Pública (MSPS).
- Estándares de acabados de materiales de construcción para Laboratorios de Salud Pública (MSPS).
- Planes de Fortalecimiento de la gestión y organización de los Laboratorios de Salud Pública (MSPS).
- Documento de Homologación de Secciones y Áreas de los Laboratorios de Salud Pública (MSPS).
- Estándares de Calidad para los Laboratorios de Salud Pública Departamentales y del Distrito (INS).
- Estándares de Autorización para la realización de exámenes de Interés en Salud Pública (INS).

En el año 2012 se inició el “Proyecto de Recuperación de la Red Nacional de Laboratorios”, el cual en su primera fase tiene como propósito la consolidación y reingeniería de los 33 Laboratorios de Salud Pública, del cual se esperan los primeros productos en el segundo semestre del 2012.

Equipo de Fronteras

Un aspecto muy importante y novedoso en el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para todos” 2010 – 2014 es la visualización de la política de desarrollo fronterizo, cuyo desarrollo está liderado por la Cancillería a través del Plan Fronteras para la Prosperidad. En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social conformó un grupo multidisciplinario para que trabaje conjuntamente con las direcciones territoriales de salud de los departamentos

fronterizos en temas específicos de salud como los análisis de situación de salud y la formulación y ejecución de proyectos nacionales y bi o trinacionales tendientes a garantizar la seguridad sanitaria nacional. Las actividades desarrolladas en el período comprendido entre el 1 de julio de 2011 y el 31 de mayo de 2012, son las siguientes.

Se elaboraron los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de las zonas fronterizas de los departamentos de Amazonas, Arauca, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, San Andrés y Providencia, Putumayo, Vaupés, Vichada y el municipio de Cubará en Boyacá, que albergan los 77 municipios fronterizos del país. Estos ASIS junto con los resultados de los talleres regionales para la realización del diagnóstico participativo, son los insumos para la definición de intervenciones o formulación de proyectos para la solución de problemáticas específicas de salud, con enfoque diferencial.

De conformidad con el compromiso establecido en el RSI-2005, Anexo 1, relacionado con evaluación y fortalecimiento de capacidades básicas necesarias para la vigilancia y respuesta de los eventos de Salud pública de interés internacional (ESPII), el 21 de octubre de 2011 el Ministerio emitió la Resolución No. 04954 mediante la cual transfirió recursos por valor de \$4.000 millones a las Direcciones Departamentales de Salud de las zonas de frontera, con el objeto de fortalecer la capacidad de respuesta en puntos de entrada estratégicos para el país. Las 10 Direcciones Territoriales de Salud beneficiarias de esta transferencia fueron Amazonas, Arauca, Guainía, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Vichada y la Secretaría Municipal de Cúcuta.

Bajo la coordinación del Organismo Andino en Salud (ORAS) y en el Plan de Salud de las Fronteras (PASAFRO), Colombia y Ecuador están ejecutando un proyecto binacional para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la zona de frontera. Este proyecto está financiado por la Corporación Andina de Fomento (CAF), los Ministerios de Salud y Protección Social de Colombia y de Salud Pública de Ecuador, y las Direcciones Territoriales de Salud de Colombia y Ecuador. Así mismo, para fortalecer la vigilancia en salud y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), se encuentran en proceso de concertación los Tratados de Cooperación Científica (TCC) con Perú, Brasil, Panamá y Ecuador.

Biblioteca Virtual para Vigilancia en Salud Pública de Colombia BV - VSP

Las acciones que se realizan para el desarrollo de la Biblioteca Virtual para Vigilancia en Salud Pública de Colombia se enmarcan dentro de tres actividades básicas:

En este periodo fue encaminada la certificación por el equipo Evaluador de BIREME, como una de las bibliotecas que se ciñe eficientemente a sus lineamientos. Adicionalmente como parte de la gestión de desarrollo y buen uso de la Biblioteca se generó la “Guía para la utilización de recursos de información que ofrece la BVS – VSP”. Finalmente se está trabajando un modelo de Resolución que tiene como finalidad el desarrollo y consolidación de la Biblioteca Virtual para la Vigilancia en Salud Pública de Colombia.

Como parte del fortalecimiento en la difusión y el uso de la BV-VSP se han dictado talleres dirigidos a profesionales de la salud. Se aprecia el incremento del ingreso de información a las diferentes bases de datos que configuran la estructura central de la BVS-VSP..

6.4.3 Acciones ETESA

El Gobierno Nacional, mediante el Decreto No. 175 del 27 de enero de 2010, ordenó la supresión y liquidación de la Empresa Territorial para la Salud, ETESA y con el Decreto No. 003240 de Septiembre 05 del 2011 se nombró nuevo Liquidador.

Adicionalmente, la Empresa Territorial para la Salud, ETESA en Liquidación, continuará con el proceso liquidatorio, de conformidad con la prórroga del plazo que fijado por el Decreto No. 0873 del 27 de abril de 2012, hasta el 31 de agosto de 2012, mientras tales contratos o actividades son cedidos, trasladados o asumidos por COLJUEGOS. Igualmente se deben culminar las gestiones necesarias para hacer entrega de los bienes, derechos y obligaciones, incluidos los procesos judiciales y archivos debidamente inventariados, así como la documentación debidamente escaneada, foliada y relacionada de los contratos a cargo de COLJUEGOS, tal como lo disponen los artículos 20, 21 del Decreto 4142 de 2011 y el protocolo.

El Decreto 4142 de Noviembre 03 de 2011, creó la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar, denominada COLJUEGOS y le asignó las funciones fijadas en la Ley 1393

de julio 12 de 2010 en los artículos 14 y 19, referente a la administración de los derechos de explotación y gastos de administración, provenientes de los juegos de suerte y azar, a cargo de la Nación. También determinó que ETESA en liquidación debe colaborar y adelantar todas las actividades necesarias para la ejecución de los mandatos enunciados en el Decreto y para que el proceso de puesta en funcionamiento de la Empresa COLJUEGOS se lleve a cabo bajo un esquema que observe los principios de coordinación, eficiencia, eficacia y celeridad.

Dentro del proceso de liquidación se reseñan las actividades programadas y desarrolladas para su culminación para el periodo julio 2011-mayo 2012.

Durante el año 2012 se continuó con la prestación del servicio de los fondos documentales por parte del contratista DATA FILE y se dio total cumplimiento a lo programado para el manejo y conservación de cinco (5) archivos institucionales y se entregaron 1.139 metros lineales de 1.233 estimados.

La entidad mantuvo la conformación de su planta de personal formada por dieciocho (18) personas vinculadas a la planta de personal y ocho (8) cargos vacantes.

Además, ETESA en Liquidación cuenta con veintiocho (28) trabajadores en misión; durante el mes de Mayo de 2012 se celebraron cuatro (4) Contratos de Prestación de Servicios con Personas Naturales y se suscribieron tres (3) contratos nuevos con Personas Jurídicas.

Durante el mes de Mayo se realizó la entrega de los contratos de concesión de los juegos Localizados y el juego Novedoso Superastro por un monto de \$953.7 millones; hecho el corte de la cuenta deudores, ésta ascendió a 31 de mayo de 2012 a la suma de \$11.247.5 millones.

Se efectuó la entrega del contrato del juego Novedoso Superastro y se hizo la cesión del contrato fiduciario de Fiducianza, por medio del cual se administra los recursos del juego Superastro, cuyo monto ascendió a \$2.208.5 millones.

Se entregó la relación de los pagos de premios pendientes a los ganadores del juego durante el mes de mayo-2012 los cuales totalizan \$1.206.8 millones.

Con corte al 31 de mayo de 2012 se encuentra pendiente de transferir al sector salud por concepto de premios caducos del juego Superastro, aproximadamente \$10.5 millones.

La ejecución del presupuesto corresponde al recaudo básicamente se refiere a los recursos Nación, para los gastos de funcionamiento de la entidad, dado que el recaudo corresponde al convenio de Coljuegos y la DIAN, registrándose una ejecución de los gastos a 31 de mayo de \$111.459.8 millones, lo cual representa el 56.6% de la apropiación disponible.

Se realizaron las conciliaciones de las cuentas bancarias y de la cuenta del fondo de juegos de azar, teniendo en cuenta que el fondo es materia de entrega en el mes de Junio de 2012 a Coljuegos para efectuar la transferencia respectiva.

El total del pasivo generado por el desarrollo de la operación en el periodo acumulado a mayo de 2012 de la entidad es de \$61.320.7 millones.

La Oficina Asesora Jurídica realizó el inventario de los procesos judiciales que una vez finalizado el proceso de liquidación de la entidad y entrega de funciones estarán vigentes; esto con el objeto de que los miembros del Comité de Defensa y Conciliación y de la Entidad, previo análisis de aspectos como el monto de las pretensiones, la relevancia del objeto de las litis instauradas y la necesidad de contar con la dedicación y el cuidado a los procesos, revisará la posibilidad de adelantar la contratación correspondiente para que el patrimonio de la entidad, y por ende el del estado, no se vea afectado.

De igual manera, durante el mes de Mayo se continuó con las actividades tendientes a la depuración del inventario de procesos judiciales y actualización de las provisiones para contingencias por litigios o demandas, realizando la revisión correspondiente teniendo como soporte los informes de los apoderados de la entidad.

El consolidado de contingencias por tipo de acción, vigentes a 31 de mayo era de 56 acciones en contra de la entidad y 40 a favor.

7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

7.1 Estructura Ministerio de Salud y Protección Social

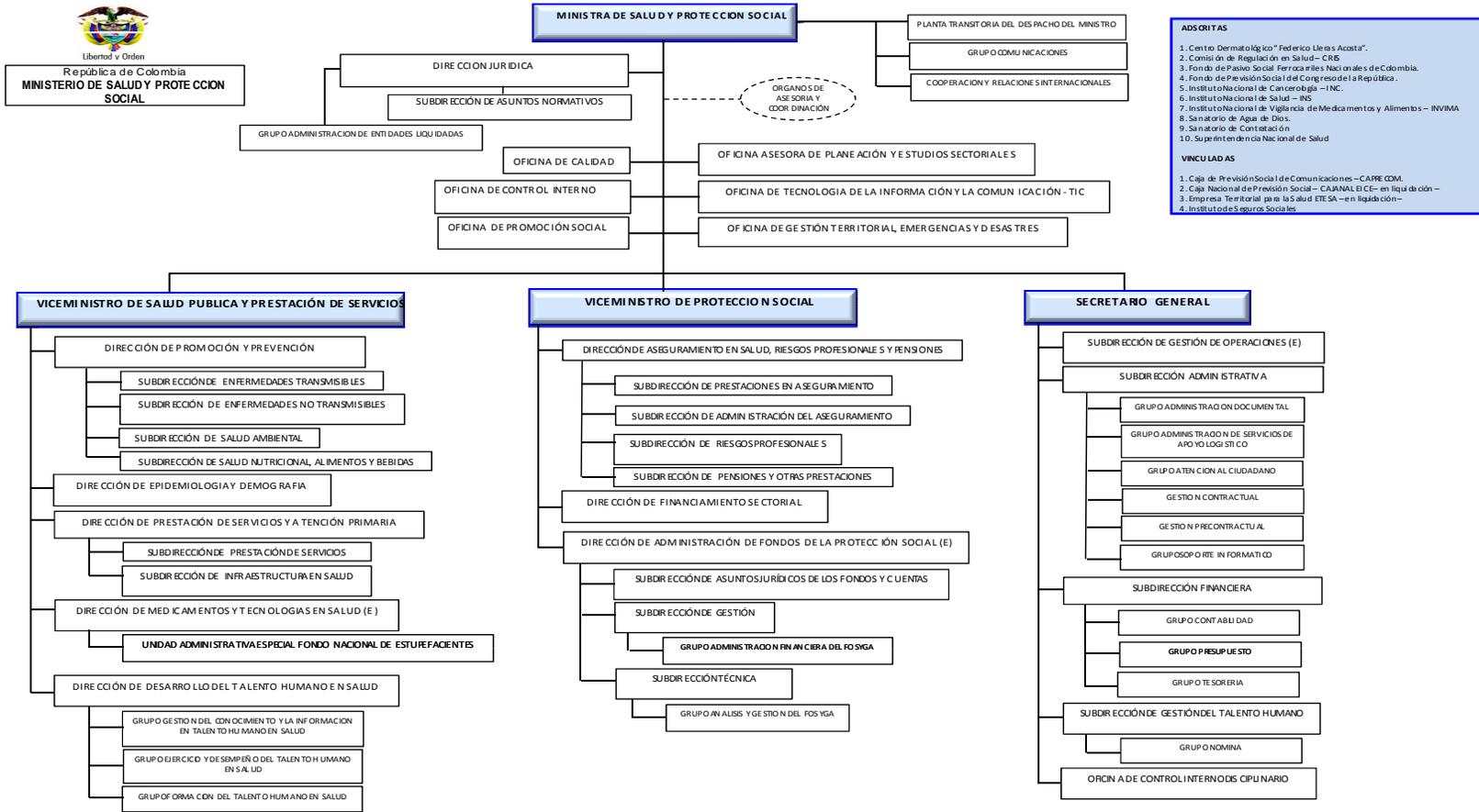
A continuación se detalla la nueva estructura del Ministerio de Salud y Protección Social (ver organigrama abajo) y se resaltan algunas actividades relacionadas con el fortalecimiento institucional del sector.

Como parte del proceso de fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud y Protección Social, se resalta, entre otros aspectos, que mediante el Decreto 4107 de 2012, se crea una Dirección de Epidemiología y Demografía, para fortalecer la información sobre el estado de salud de la población; una Dirección de Financiamiento que trabaja en la política y el seguimiento a las finanzas del sistema; una Oficina TIC, encargada de fortalecer los Sistemas de Información, así como una Oficina de Calidad como una dependencia que depende directamente del despacho de la Ministra de Salud y Protección Social. Ésta última, busca enfocar la política y coordinar los esfuerzos institucionales para el logro de mejoras en la calidad en los siguientes campos del SGSS: atención y protección a los usuarios, salud pública, prestación de servicios de salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales. De esta manera, la Oficina le permite al Ministerio tener una mirada mucho más integral y global sobre la calidad en el sector salud y permitirá generar y gestionar políticas, planes y proyectos de una manera mucho más integral y articulada dentro del Ministerio y con las otras entidades del sector.

Más allá de los avances obtenidos en el Ministerio sobre información en salud (Encuesta Nacional de Salud, Indicadores Básicos de Salud; Sistema de Información de la Calidad, entre otros), como se señaló en capítulos previos de el presente informe, la entidad ha organizado un mecanismo de evaluación y calificación articulado, que responda a las necesidades de información y los intereses sectoriales para la toma de decisiones.



República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



- ASOCIADAS**
1. Centro Dermatológico "Federico Lleras Acosta".
 2. Comisión de Regulación en Salud - CRE.
 3. Fondo de Pasivo Social Ferroviarios Nacionales de Colombia.
 4. Fondo de Previsión Social del Congreso de la República.
 5. Instituto Nacional de Cancerología - INC.
 6. Instituto Nacional de Salud - INS.
 7. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.
 8. Sanatorio de Aguas de Dios.
 9. Sanatorio de Contaduría.
 10. Superintendencia Nacional de Salud.
- VINCULADAS**
1. Caja de Previsión Social de Comunicaciones - CAPRECOM.
 2. Caja Nacional de Previsión Social - CAJANALPRE - en liquidación -
 3. Empresa Territorial para la Salud ETE SA - en liquidación -
 4. Instituto de Seguros Sociales.

Subdirección de Gestión del Talento Humano
 Fuente: Decreto 4107 del 2 de Noviembre de 2011

7.2. Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector

Por su parte, en la SUPERSALUD se implementaron acciones de mejora, así:

- Creación del comité de intervenciones. Cuyo objetivo es "Asesorar al Superintendente Nacional de Salud para la toma de decisiones respecto a los procesos de intervención forzosa para administrar o liquidar a las entidades vigiladas...".
- Construcción de la nota técnica. El objetivo es generar un mecanismo de control del costo médico asegurando que no habrá facturación sin registrar oportunamente, calcular primas o los costos de los planes de beneficios y generar proyecciones de servicios que permiten diseñar la red de servicios.
- Eficiencia en el reporte de Circular Unica. Se emprendieron acciones para optimizar los reportes, tales como instrucciones y requerimientos escritos, logrando optimizar el reporte de la circular.
- Herramientas de seguimiento. Se logró en el 2011, identificar en algunas entidades intervenidas (en las que ya se ha construido la información), la historia y estado actual en desarrollo de la medida especial, en los componentes administrativo, financiero, jurídico, laboral y técnico científico.
- Fichas de seguimiento a las entidades intervenidas: Incluyen el seguimiento a cada una de las intervenidas, a partir de análisis históricos, en los componentes mencionados, que permitan identificar el desarrollo de la medida especial en concordancia con las causales de intervención y con el plan de acción presentado por el Interventor.

El Instituto Nacional de Salud, por su parte, en el año 2011 efectuó la actualización del estudio técnico de rediseño institucional, el cual contempla el cambio de estructura interna y planta de personal, con la incorporación del Observatorio Nacional de Salud como dependencia del INS y el ajuste de los perfiles de los empleos propuestos, con el fin de garantizar la profesionalización de los mismos.

Dicho estudio fue presentado y discutido frente a las instancias pertinentes (Ministerio de Salud y Protección Social, DAFP y Presidencia), ejercicio del cual el 02 de noviembre de 2011 se expidió el Decreto 4109 "Por el cual se cambia la naturaleza jurídica del INS, y se determina su objeto y estructura".

En el año 2012 se continuó con la revisión del estudio técnico por parte del Ministerio de Salud y Protección Social; a la fecha se encuentra en revisión por parte del DAFP; una vez cumplida esta etapa se continuará con las demás

entidades rectoras con el fin de lograr la expedición de los decretos por medio de los cuales se modifica la estructura interna del INS y su planta de personal.

En cuanto al **INVIMA**, se diseñó la propuesta del modelo de inspección, vigilancia y control, relacionados con los pilares del rediseño institucional, que se fundamenta en la gestión de los riesgos que amenazan el cumplimiento de su promesa de valor público, soportado en el reconocimiento y análisis de los determinantes que condicionan la existencia de los riesgos que puede afectar a los consumidores. Esto incluye los determinantes sociales, de la salud y en general todos aquellos que determinan la probabilidad de afectación, fundamentados en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como metodología de avance a la revisión y validación de los contenidos del rediseño institucional se han realizado las siguientes actividades

- Revisión y actualización de contenidos del modelo de inspección, vigilancia y control del INVIMA
- Red de controladores: Discusión de enfoque y concordancia del modelo propuesto con red de controladores
- Construcción y ajuste del documento marco del modelo de IVC
- Preliminar de la Evaluación de impactos
- Capacitación plenaria, incluyendo los coordinadores de los Grupos de Trabajo Territorial, realizada el 20 de junio de 2012
- Primera versión del Modelo de IVC, consolidado y remitido para su revisión al Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente el direccionamiento estratégico contempla la nueva Misión y Visión, como se muestra a continuación:

Misión 2011-2014 : Proteger y promover la salud de la población, mediante la gestión del riesgo asociada al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria.

Visión 2011- 2014: En el 2014 el INVIMA será una institución líder en el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria, reconocida nacional e internacionalmente por su transparencia, efectividad operacional e idoneidad técnica, generadora permanente de seguridad y confianza en la población.

7.3. Sistema Integral de Información de la Protección Social

En el marco de la Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud se busca, entre otros objetivos, fortalecer y articular los sistemas de información del Sector de la Protección Social, de tal forma que se garantice la transparencia y oportunidad en el funcionamiento del sistema. En desarrollo de lo anterior, en el segundo año del cuatrienio se han efectuado avances orientados 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 y el mantenimiento continuo y actualización de los desarrollos actuales en materia de sistemas de información, de acuerdo con las necesidades del Sector.

7.3.1 Herramientas para acercar los servicios del Estado al Ciudadano

Estrategia de Gobierno en Línea - Información al ciudadano, trámites y servicios electrónicos y rendición de cuentas

La estrategia de Gobierno en línea (GEL), liderada por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, tiene como propósito contribuir a la construcción de un Estado más eficiente, más transparente, más participativo y que preste mejores servicios a los ciudadanos y a las empresas, mediante el aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

La implementación de la estrategia se ha desarrollado en forma gradual de acuerdo con los lineamientos y fases establecidas en el Decreto 1151 de 2008 – Manual 2.0: información, interacción, transacción, transformación y democracia, con el cumplimiento del 100% de ejecución en el segundo semestre de 2011, en el que se completó el ciclo del Gobierno electrónico. Como resultado de la implementación de la Estrategia, el Ministerio de Salud y Protección Social, presta actualmente los siguientes servicios a los ciudadanos en materia de gobierno en línea:

Portal web: con mejora y actualización permanente de la información que publica el Ministerio a través del portal www.minsalud.gov.co; con un aumento cercano al

100% en el número de visitas en el último año, de 3.494.368 (julio/10-junio/11) a 6.692.065 (julio/11-mayo/12), lo que muestra el interés en los usuarios del sector.

Trámites y servicios automatizados y en línea: a partir de julio de 2011 se han simplificado y automatizado los siguientes trámites, con beneficios como la ampliación de la cobertura de servicio (7x24), reducción de costos para el ciudadano y simplificación de trámites, así:

- Solicitud de Expedición de Licencias para la Prestación de Servicios a Terceros en Protección y Seguridad Radiológica. Inició el 25 de julio de 2011.
- Autorizar la afiliación en forma colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral a trabajadores independientes miembros de agremiaciones, asociaciones y comunidades religiosas. Automatizado en pruebas.
- Permiso para experimentación de plaguicidas – En desarrollo.
- Se ha venido realizando la optimización del trámite de Tarjeta Profesional de Médico, dispuesto en Línea desde el año 2010.

Sistemas de información o cadenas de trámites intersectoriales: El Ministerio de Salud y Protección Social avanza con la automatización de trámites y servicios, optimización de trámites de acuerdo al Decreto 019 de 2012, priorización y planeación de cadenas de trámites.

- Expedir constancia de necesidades de recursos humanos para presentar ante el Ministerio de Relaciones exteriores – En desarrollo.

Canales de atención no presencial al ciudadano: desarrollo de aplicativo de peticiones, quejas y reclamos y en funcionamiento con respuesta en línea al ciudadano a través de www.minsalud.gov.co – servicio al ciudadano.

En adición a lo anterior, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones efectuó para el 2012 un cambio en el direccionamiento de la estrategia, con mayor profundización y alcance en su aplicación (Manual 3.0). Establece un modelo de madurez, con varios niveles: inicial, básico, avanzado, y nivel de mejoramiento permanente al que se llega a través de un proceso de mejoramiento incremental y continuo en cada uno de los componentes, hasta llegar a un nivel en que las entidades han interiorizado el Gobierno en línea y los ciudadanos los que determinan el tipo de servicios a ofrecer por parte de las entidades. Este modelo de madurez se implementa de acuerdo con un cronograma que cubre desde el 2012 hasta el 2019, con cumplimiento del nivel inicial a 31 de diciembre de 2012 para las entidades del nivel nacional.

Bajo este direccionamiento, el Ministerio, como entidad rectora del sector, promovió la realización de la autoevaluación de línea de base del Manual 3.0 en

las 13 entidades adscritas y vinculadas del sector (art. 4 Decreto 4107 de 2011), base para las acciones a seguir para alcanzar el nivel inicial de madurez de acuerdo al cronograma establecido. Como resultado se evidenció que con los avances alcanzados en la implementación de la estrategia, el 64% de las entidades del sector se encuentra en un nivel medio del avance del modelo de madurez de la Estrategia de Gobierno en línea y el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra con un nivel de avance del 74% para el total de los componentes. Es de anotar que en el componente de Democracia, el nivel de avance alcanzó el 100%, con la consulta ciudadana para el nuevo POS y el ejercicio de rendición de cuentas realizado en el mes de Diciembre de 2011.

Complementariamente con el Plan Vive Digital, que busca impulsar la masificación del uso de internet en el país, se fortalece la estrategia de Gobierno en línea a través de iniciativas que promueven el desarrollo de aplicaciones y contenidos tecnológicos, la expansión de infraestructura, la creación de servicios y la apropiación tecnológica por parte de los usuarios. En desarrollo del Plan, entre julio de 2011 y mayo de 2012, el Ministerio identificó 12 iniciativas en cuanto a TICs orientadas al servicio al ciudadano, de las cuales se priorizaron: i) Afiliación única – AFÍLIATE; ii) registros clínicos electrónicos, bajo el concepto de racionalización y optimización de trámites de alto impacto para los ciudadanos, por el número que agrupan y por la gran cantidad de actores que participan; y iii) Telemedicina, por los beneficios que tienen estas acciones en la comunidad con diagnósticos y tratamientos más oportunos, la posibilidad de interconsulta, mejora en la calidad del servicio, entre otros.

Afiliate: Sistema de Registro Único de Afiliados a la Protección Social

El Gobierno Nacional, en el artículo 15 de la Ley 797 de 2003, establece el Sistema de Registro Único de Afiliados a la Protección Social y, en el Decreto 1362 de 2011 lo reglamenta. El Sistema articula los procedimientos de afiliación, traslados y novedades de los subsistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y subsidio familiar a través de sus entidades administradoras. Actualmente la afiliación, traslados y registros de novedades se efectúan en formularios físicos y en forma independiente por cada subsistema.

El sistema de registro único de afiliados se apoya en las experiencias del Ministerio en la implantación de la Planilla Integrada de Pago de Aportes PILA y en el RUAF. La operación del sistema se hará en forma centralizada con el desarrollo de dos componentes. El primero, la creación de una base de datos única y centralizada que integrará la información de afiliados, aportantes y beneficiarios de los subsistemas mencionados, información que será obligatoria para acceder a subsidios o servicios financiados con recursos públicos. La base será administrada

por el Ministerio de Salud y Protección Social para manejar la identificación exacta del usuario y su estado en el Sistema de la Protección Social. El Ministerio es responsable de la normatividad y seguridad de la información y de la operación de datos.

El segundo componente, la conformación de una entidad mixta por parte de las entidades administradoras (Afiliate), que ofrecerá un administrador transaccional responsable de los servicios de afiliación, traslados y novedades, validación y homologación de los procesos y que permitirá la articulación en forma coordinada de estos trámites entre las administradoras de los subsistemas, un Gestor Documental y un portal único de trámites, que será el punto de contacto con el ciudadano.

Para la conformación de la base de datos única centralizada, el Ministerio de Salud y Protección Social inició el proceso de depuración con la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. En forma paralela, el Ministerio ha promovido reuniones periódicas con las administradoras con las que se llegó en forma concertada a la elaboración del proyecto técnico, el proyecto de depuración de las fuentes; el diseño técnico para la operación, el diseño de seguridad y el cronograma de implementación para que el sistema entre en operación el 30 de marzo de 2013, como lo establece el Decreto 177 de 2012. En la conformación de la entidad administradora, se están acordando los estatutos y está en estudio el modelo de empresa.

Otras gestiones realizadas para el desarrollo del sistema se refieren a la expedición del Decreto 0540 de marzo 14 de 2012 por el cual se creó y está funcionando la Comisión Intersectorial para la operación del Sistema de Registro Único de Afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y de Protección Social, conformada por los Ministerios y entidades que hacen parte del Sistema, mecanismo para asegurar la coordinación de acciones interinstitucionales para la implementación del Sistema y el establecimiento de los parámetros tecnológicos para la operación e interrelación de sus componentes; también se ha iniciado el proceso de licitación de la fábrica de software para el desarrollo tecnológico necesario para la puesta en marcha del sistema; actualmente está en la etapa de estudio de mercado.

Prueba de Supervivencia

De acuerdo con el artículo 21 del Decreto Ley 019 de 2012, o Ley antitrámites, se elimina a partir del 1 de julio de 2012 el trámite de certificado de supervivencia para los pensionados y la población en general en los trámites que se requiera, con lo que la población no tendrá que presentar la prueba de supervivencia sino

que la verificación se hará mediante consulta de las bases de datos del Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

En este proceso, el Ministerio de Salud y Protección Social interoperará con la base de datos del Registro Civil de Defunción de la Registraduría Nacional del Estado Civil, para que a través de del Ministerio sea consultada en línea por las entidades de seguridad social que deban verificar la supervivencia de una persona. El reporte constituye la prueba de la existencia de la persona.

Para lo anterior, el Ministerio ha efectuado los desarrollos y montado la infraestructura necesaria para que las empresas de seguridad social envíen los archivos de quienes quieren verificar. El sistema se encuentra en proceso de prueba y afinando desarrollos y se dispone del instructivo de aplicación Consulta del Certificado de Supervivencia, el cual permite al usuario tener una guía para que las entidades de la seguridad social puedan realizar la consulta para verificar la fe de vida (supervivencia) de una persona de forma masiva.

Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social - PILA

Es un instrumento electrónico que hace la función de ventanilla virtual única de recaudos de aportes al Sistema General de Seguridad Social, el cual se implementó en forma gradual desde el año 2005 y en la actualidad está en pleno funcionamiento. Este instrumento ha facilitado, a los ciudadanos y a las empresas, la liquidación y el pago mensual de sus aportes a salud, pensiones, riesgos profesionales y cajas de compensación a través de una sola transacción electrónica, con la unificación de criterios, el cumplimiento de la legislación vigente, el seguimiento a los aportantes y recaudos y facilita el control a la evasión y elusión.

Los desarrollos de la Planilla, a partir de julio de 2011, han estado orientados a responder a las nuevas necesidades del sector. De esta forma, en concordancia con la Resolución 475 de 2011, se efectuaron ajustes para incluir en el pago por PILA, a partir del 1 de mayo, 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 han efectuado los ajustes a PILA para que permita 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 están desarrollando las condiciones para que la información de recaudo se entregue directamente al FOSYGA como base fundamental para el desarrollo del nuevo proceso de compensación en salud.

Otras gestiones adelantadas en este período se refieren a la unificación de la inspección y vigilancia de los operadores de información de PILA por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, que entra en vigencia a partir del 10 de julio de 2012, según lo establecido en los artículos 73 a 76 del Decreto 19 de 2012. Esto por cuanto de los 23 operadores actuales de PILA, 17 son bancos y los 6 restantes son los que comenzarán a ser vigilados por esta Superintendencia bajo los criterios técnicos aplicados a las demás entidades vigiladas, en materia de riesgo operativo, seguridad y calidad de la información.

Cuadro No. 93

PILA – Número Mensual de Aportantes

| Mes | Salud | Pensión | Riesgos | Pensionados que aportan a Salud |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|
| Junio-2011 | 7,116,594 | 5,795,249 | 5,741,100 | 1,439,452 |
| Julio-2011 | 6,080,414 | 6,647,980 | 5,363,905 | 1,240,535 |
| Agosto-2011 | 6,481,296 | 5,209,779 | 5,146,785 | 1,483,514 |
| Septiembre-2011 | 7,179,616 | 5,847,112 | 5,778,673 | 1,478,674 |
| Octubre-2011 | 7,420,313 | 6,020,728 | 5,963,422 | 1,466,554 |
| Noviembre-2011 | 6,675,319 | 5,332,928 | 5,250,067 | 1,377,585 |
| Diciembre-2011 | 7,392,200 | 6,014,096 | 5,935,049 | 1,499,762 |
| Enero-2012 | 6,591,673 | 5,250,115 | 5,177,965 | 1,355,532 |
| Febrero-2012 | 7,073,496 | 5,762,369 | 5,697,303 | 1,278,445 |
| Marzo-2012 | 7,535,629 | 6,170,232 | 6,094,196 | 1,473,875 |
| Abril-2012 | 7,736,639 | 6,350,489 | 6,267,393 | 1,458,847 |
| Mayo-2012 | 7,922,011 | 6,507,956 | 6,403,714 | 1,520,230 |

Fuente: PILA

7.3.2 Herramientas para la Gestión del Sector y la Toma de Decisiones

El Sistema Integral de Información para la Protección Social - SISPRO genera la información para el diseño, formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de Salud y Protección Social, sobre las cuales se tomarán decisiones de

política. Este sistema, en operación desde el año 2007, incluye los componentes de: salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo y empleo y asistencia social y se apoya en los 4 procesos misionales en los cuales se basa el Sistema de la Protección Social: aseguramiento, financiamiento, oferta de servicios y demanda y uso de servicios por la población.

El SISPRO comprende el desarrollo de varias herramientas para atender la demanda de información requerida para la toma de decisiones informadas por los responsables de la gestión pública y por los usuarios.

Sistema de Información Gerencial – Sistema de Gestión de Datos

Constituye el núcleo del SISPRO, a través del cual se realizan los diferentes procesos que permiten integrar en la bodega de datos las bases de sistemas de información de diferentes fuentes del sector. Estos procesos se relacionan con la extracción, transformación y cargue de los datos en la bodega, el diseño y disposición de la información a través de las herramientas que automatizan y facilitan la consulta de reportes para el análisis de los usuarios sobre la información disponible. En la actualidad la bodega tiene más de 2.000 millones de registros, lo que la constituye en una fuente invaluable de datos del Sector.

El alcance del SISPRO, a través del Sistema de Gestión de Datos – SGD se presenta en el siguiente cuadro, con la identificación por componente, proceso misional y fuente, y los datos incluidos en los cubos de información del sistema.

Cuadro No.94

Alcance del Sistema de Gestión de Datos

| Proceso misional | Componente | Cubo | Fuente de datos |
|------------------|---|---|---|
| Aseguramiento | Salud Pensiones Riesgos Profesionales Cesantías Compensación Familiar | Afiliaciones a la Protección Social - RUAF | Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF |
| | Salud | BDUA y proyecciones de población. | BDUA DANE |
| Demanda y uso | Asistencia Social | Beneficiarios de Programas de Asistencia Social | Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF |
| | Salud | Vacunación – Coberturas a nivel municipal y departamental | Programa Ampliado de Inmunización – PAI. |
| | Salud | Prestación de Servicios de | Registro Individual de |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| | | Salud | Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS. |
| | Salud, Asistencia Social | Registro de Población Desplazada | RUV – Registro de Población en situación de desplazamiento (Departamento para la Prosperidad Social) |
| | Salud | Estudio de Suficiencia de la UPC | Servicios de salud para el Estudio de suficiencia UPC |
| Oferta | Salud | Indicadores de Gestión de IPS, EPS, DTS | Sistema de Información de Hospitales Públicos – SIHO. Sistema de Información de Gestión de Calidad - SOGC |
| Aseguramiento Demanda y uso Oferta | Salud Asistencia Social | Personas con Discapacidad | Registro de personas con discapacidad. |
| Financiamiento | Salud, pensiones, riesgos profesionales | Comportamiento de Aportes a Salud. | Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA. |

Fuente: SISPRO – SGD - Modelo Multidimensional

El SGD se encuentra en pleno funcionamiento con un número actual de 105 usuarios que acceden a la bodega de datos desde Excel y dispone de tres tipos de servicios para la consulta y análisis de la información relacionada con el Sector a los usuarios, a través del portal web.

Portal web: La disposición de la información del SISPRO se hace a través de su portal www.minsalud.gov.co el cual puede ser accedido a través de la página del Ministerio de Salud y Protección Social. El Portal fue rediseñado para permitir el acceso a los aplicativos misionales y a la normatividad.

Consultas:

- Reportes predefinidos: con indicadores sobre las principales políticas del sector.
- Consultas a demanda de los usuarios: que permite la generación de nuevos datos y diferentes cruces de información con el uso de los datos incluidos en la bodega y de acuerdo con requerimientos específicos de información.
- Módulo geográfico: componente espacial del SISPRO que permite a los usuarios construir en tiempo real los mapas de las variables y/o indicadores que quieren analizar, adicionalmente podrán navegar a través de la mapoteca que incluye mapas prediseñados y organizados

por temáticas del sector. Actualmente en el Módulo Geográfico se encuentran georreferenciados el 92% de las IPS y el 70% de las EPS y se trabaja en la inclusión de nuevos eventos de salud con la georreferenciación de las administradoras y la oferta institucional de Discapacidad. Ver: <http://sig.sispro.gov.co/sigmps>

El SGD tiene un proceso de actualización permanente de las fuentes de datos y de generación de nuevas consultas de acuerdo con los nuevos requerimientos del sector, con las siguientes fechas de reporte a mayo de 2012.

Cuadro No. 95

Fuentes de Datos al Sistema General de Datos

| Fuente | Periodicidad del reporte | Ultima fecha de reporte | Cargue histórico |
|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| PILA – Planilla Integrada de liquidacion de Aportes | Mensual | 2012-03 | Desde julio de 2005 |
| RIPS - Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud | Anual | 2010-12 | Año 2009, 2010, 2011 |
| RUAF - Registro Unico de Afiliados | Mensual | 2012-02 | Desde febrero de 2007 |
| PAI - Programa Ampliado de Inmunizaciones | Mensual | 2012-03 | Desde 1999 |
| Información de Servicios de Salud (Estudio de Suficiencia UPC) | Anual | 2009-12 | Desde 2006 para régimen Contributivo |
| REPS - Registro Especial de Prestadores de Salud | Mensual | 2012-03 | Desde diciembre de 2010 |
| Registro de Personas con Discapacidad | Mensual | 2012-01 | Desde 2002 |
| RUV Registro Unico de Poblacion Desplazada - | Trimestral | 2012-02 | Se carga último archivo recibido |
| Indicadores de Gestion IPS's y EPS's - SOGC | Trimestral | 2010-12 | Desde 2009-06 |
| SIHO - Sistema de Gestion Hospitalaria | Semestral | 2010-06 | Desde 2009-06 |

Fuente :SGD MSPS

Información para el Análisis de Políticas Sectoriales

Cuentas de Salud para el Sector Salud

Instrumento que proporciona información para el análisis del comportamiento de las finanzas de la salud en el país, monitorear el tamaño y composición del gasto al igual que la estructura de financiamiento, con datos estandarizados y comparables en el tiempo. Este instrumento tiene cargados los datos

correspondientes al período comprendido entre los años 1993 y 2003, para un primer proceso de obtención automática de las cuentas de salud en Colombia y se tiene el cargue parcial de datos para los años 2004 a 2009. Los datos de este módulo provienen de más de 150 entidades.

Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED

El Sistema de Información de Precios de Medicamentos - SISMED provee información para la regulación del mercado de medicamentos en el país. El reporte actual de información corresponde a 2.915 entidades registradas en SISPRO: laboratorios (626), mayoristas (194), EPS (59), IPS (834), Cajas de Compensación Familiar (20) y Direcciones territoriales de salud (1.182) que compren o vendan medicamentos. En la actualidad se tiene cargada la información de precios de medicamentos reportada por las entidades entre el cuarto trimestre de 2006 hasta el primer trimestre de 2012.

La herramienta se encuentra en pleno funcionamiento con mejoras para el reporte y calidad de la información, como el cambio de TSA (Transporte seguro de archivos) a PISIS en abril de 2012, con el fin de hacer validación local de contenido antes del envío al Ministerio; la actualización de los medicamentos mediante web services, con el mejoramiento de la interfaz entre SISMED e INVIMA; se mejoró la consulta acerca del estado de reporte de entidades para facilidad de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y de la SIC para el tema de sanciones; ajuste a consultas de precios de medicamentos para la toma de decisiones, para establecer tope de medicamentos de alto costo, con complementación de datos y nuevos filtros que permiten enfocar la consulta por expediente, entidad reportadora y periodo de precio reportado. Se implementaron además nuevas opciones web que permiten traer expedientes de medicamentos desde el INVIMA en línea y reprocesar archivos a solicitud del usuario.

Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF

El RUAF es un base de datos con información de afiliados a salud, pensiones, pensionados, cesantías, riesgos profesionales, compensación familiar, 91 programas de asistencia social de 16 entidades y los datos del SISBEN, con cobertura nacional y actualización mensual. En la actualidad el RUAF está en proceso de evolución a la afiliación en línea, en la herramienta en desarrollo de Sistema de registro único de afiliados a la Protección Social - AFÍLIATE.

Desde el 2007 el RUAF ofrece información a usuarios internos y externos, a través de la página web: www.minsalud.gov.co sección “consultas RUAF”. Con corte a

mayo 30 de 2012, el RUAF contiene la siguiente información de registros únicos por componente de la Protección Social y del componente de Asistencia Social.

Cuadro No. 96
Número de Registros Activos por componente en el RUAF

| Componente | Regimen | Total Afiliaciones Unicas Activas |
|-----------------------|----------------|--|
| Salud | Contributivo | 19.386.494 |
| | Subsidiado | 387.748 |
| Afiliacion Cajas | | 22.514.950 |
| Afiliacion pensiones | | 13.455.080 |
| Cesantias | | 16.956.762 |
| Riesgos profesionales | | 2.764.165 |
| Pensionados | | 10.820.640 |
| Asistencia social | | 1.312.824 |

Fuente . RUAF. MSPS.

Procesos Operativos para la Gestión Institucional

Giro Directo a IPS

A través del SISPRO se desarrolló un aplicativo para implementar la medida de giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y agilizar el flujo de los recursos de la salud para garantizar la atención oportuna de la población pobre y vulnerable del país. Lo anterior, de conformidad con el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, sobre administración del régimen subsidiado, y de la Resolución 2320 de 2011, en la que se establecen las reglas que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud para autorizar el giro directo a su red prestadora por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la aplicación de la herramienta, 38 Empresas Promotoras de Salud reportan al Ministerio para autorizar pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud del país. Este es un desarrollo nuevo que permite cargar la información desde las EPS, sobre las IPS a las cuales deben girarse los recursos provenientes de la Liquidación Mensual de Afiliados.

Cuentas Maestras

Este aplicativo del SISPRO facilita el seguimiento al uso de los recursos del régimen subsidiado, mediante el reporte de los movimientos y saldos de las cuentas maestras a nivel territorial y de las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado de salud al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las entidades financieras.

A través de PISIS 10 entidades financieras reportan mensualmente la información de las cuentas maestras de las EPS, desde el 2011, con una cobertura total de 100% y las entidades territoriales reportan desde el 2009, con una cobertura del 100% de los municipios del país.

Saneamiento de Cartera

En desarrollo del Decreto 1080 de 2012, se establece el procedimiento para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud, para asegurar la sostenibilidad del sistema y el acceso de los afiliados a los servicios de salud. Estas deudas corresponden a las reconocidas por las entidades territoriales a las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, de contratos efectuados desde 1996 hasta marzo de 2011. Para este proceso de saneamiento de cartera, los montos adeudados serán girados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social a los hospitales públicos que informen las empresas promotoras de salud. En virtud de este Decreto y de la Resolución 1302 de mayo 29 de 2012, sobre los formatos y requerimientos para la aplicación del decreto, se realizó el desarrollo para el envío de datos a través de PISIS.

Base de Datos Única de Afiliados a Salud – BDUA

La Base de Datos Única de Afiliados – BDUA dispone de datos de afiliados únicos al SGSSS, por régimen, tipo de afiliado, tipo de cotizante, tipo de población y permite el registro de la novedad de ingreso, movilidad entre regímenes y retiro del Sistema de Salud. En el cuadro siguiente se presenta los registros de afiliados y afiliados en la BDUA.

Cuadro No. 97

Número de Registros y Afiliados en la BDUA por tipo de Régimen

| Régimen | Total de Registros | Afiliados |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|
| Contributivo | 24.755.265 | (activos + suspendidos) |
| Activo | 19.386.459 | 19.594.799 |
| Afiliación interrumpida | 2.642 | |
| Afiliado fallecido | 269.956 | |
| Desafiliado | 3.396.770 | |
| Retirado | 1.491.098 | |
| Suspendido | 208.340 | |
| Subsidiado | 25.659.120 | (activos) |
| Activo | 22.514.941 | 22.514.941 |
| Afiliado fallecido | 538.628 | |
| Retirado | 2.605.551 | |
| Total afiliados | | 42.109.740 |

Fuente BDUA. Corte mayo de 2012

Con la Resolución 2321 de 2011 se consolida la BDUA mediante la remisión de novedades directamente desde las EPS y desde las entidades territoriales que garantice la consistencia de la información remitida, como parte del proceso de calidad en la fuente de los datos de acuerdo con lo establecido en la Ley 1266 de 2008; con la expedición del Decreto 4023 de 2011, el Ministerio se encuentra implementando el nuevo proceso de Compensación que integra la información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA con BDUA y la liquidación de UPC; de igual manera, se han continuado los esfuerzos de depuración de los datos que sean venido efectuando mediante auditorías y dispuesto información de la Registraduría Nacional del Estado Civil a fin de procurar información consistente.

7.3.4 Facilidades Tecnológicas

PISIS - Plataforma de Integración de Sistemas de Información

Diseñada y en producción desde 2007, para hacer el transporte seguro de archivos desde las fuentes de datos hacia el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del canal SFTP (Secure File Transfer Protocol), con base en el

modelo de arquitectura cliente-servidor. La plataforma de Integración del SISPRO – PISIS, permite al Ministerio y a las entidades reportadoras disponer de la infraestructura para enviar la información de una manera automática, eficiente, efectiva y oportuna, integrando así la información entre diferentes entidades reportadoras y diferentes receptores de la misma como son las aplicaciones de negocio. A través de esta plataforma reportan municipios y distritos (1.123), entidades financieras (10), los operadores de PILA (23), cajas de compensación familiar (3), EPS (59), IPS (834), laboratorios farmacéuticos (626) y mayoristas (194) para los aplicativos de: PILA, Cuentas maestras, SISMED y, Giro directo a IPS.

Las gestiones que se han adelantado frente a la plataforma a partir de julio de 2011 se refieren a los mantenimientos requeridos para mantener su vigencia, como los relacionados con manejo de periodos a reportar, control de reporte extemporáneo, herramientas de diagnóstico para las entidades reportadoras para evaluar si sus ambientes cumplen con los requerimientos de PISIS, anexos técnicos sobre información a enviar al Ministerio, ente otros, y se construyó el aplicativo de giros a IPS.

Infraestructura e Integración de Aplicaciones en Salud

De conformidad con el artículo 10 del Decreto 4107 de 2011, en el cual se establecen las funciones de la Oficina de tecnología de la información y la comunicación - TIC, se crea la línea tecnológica de Infraestructura e integración de aplicaciones en salud, para una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Para lo anterior, el Ministerio efectuó el inventario de tecnología institucional, base para la escisión del Ministerio de la Protección Social, en Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Trabajo. A partir de este inventario se desarrolla actualmente un diagnóstico del estado de madurez de los procesos tecnológicos de acuerdo con unos criterios pre-establecidos, con lo cual se creará un plan de acción con la identificación de requerimientos para que la tecnología del Ministerio cumpla con unos estándares mínimos. A la fecha, se tienen avances en la evaluación de las aplicaciones del Registro único de talento humano en salud - RETHUS, y en el estudio de suficiencia de la UPC, en aseguramiento.

Fortalecimiento del Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS

Para los RIPS, las acciones estuvieron orientadas a brindar asistencia técnica personalizada a EPS que afilián 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; se efectuó la concertación y seguimiento de planes de mejoramiento con EPS y DDS, y la retroalimentación sobre su gestión de datos y publicación de los resultados e indicadores de mejoramiento en la página Web del Ministerio. De igual manera, se aplicaron controles automatizados a la calidad y consistencia de los datos, con lo cual se ha logrado un incremento en el reporte anual de registros de atenciones de salud al pasar de 179.581.388 en 2009, a 198.380.183 en 2010, y 299.077.594 en 2011. Para el 2012, el total de registros a mayo es de 40'873.619.

Fortalecimiento de RUAF – Nacimientos y Defunciones

En el marco de Comité de Estadísticas Vitales del país, el Ministerio de la Protección Social y DANE adelantaron el mejoramiento tecnológico del registro *del Certificado de Nacido Vivo y Defunción*, para la automatización de la captura en línea y emisión de los *Certificados* a través de la Web. Este registro electrónico funciona desde el año 2008.

Los datos de los *Certificados de Nacido Vivo y Certificado de Defunción* se están usando como fuente de información para el registro de defunción de la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el propósito de depurar dicha información y ser dispuesta para el trámite de supervivencia.

El cuadro siguiente presenta la evolución del registro en línea para los *Certificados de Nacido Vivo y Certificado de Defunción* por parte de los municipios e IPS del país desde el año 2008.

Cuadro No.98
Registro en línea para los *Certificados de Nacido Vivo y de Defunción*

| Certificado | Municipios | | | | | IPS | | | | |
|-------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| | Año | | | | | Año | | | | |
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Nacimientos | 7 | 72 | 427 | 770 | 790 | 11 | 125 | 763 | 1.343 | 1.312 |
| Defunciones | 7 | 57 | 450 | 808 | 814 | 11 | 123 | 849 | 1.542 | 1.542 |

Fuente: RUAF- Nacimientos y Defunciones. Corte mayo 31 de 2012

Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

En el año de 2010 se hizo la transferencia del registro del DANE al Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de convertirlo en un registro continuo para seguir la evolución de las personas de este grupo de población y que desde el nivel municipal se pueda identificar y caracterizar socio demográficamente a las personas con discapacidad.

Con este propósito el Ministerio efectuó una sensibilización a 28 departamentos y se inició la priorización en 16, para iniciar la modernización del registro, con recolección de información en línea a través de la web e inició su masificación en el 2012. A mayo de 2012 el Ministerio cuenta con una base de datos de 887.986 personas con discapacidad registradas en todo el país, y 21 departamentos y 244 municipios con unidades generadoras de datos.

Seguridad Informática

Con el fin de proteger la integridad y la privacidad de la información el Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en la definición de un plan de seguridad informática, marco en el cual se han tomado las siguientes acciones. Para dar cumplimiento a la Circular 052 de 2007 de la Superintendencia Financiera de Colombia, sobre requerimientos mínimos de seguridad y calidad en el manejo de información para las entidades bajo su vigilancia, han sido modificadas las interacciones y transmisiones de archivos entre los operadores de la PILA y el FOSYGA, para la transmisión de información con técnicas de *Encriptación Fuerte* a fin de garantizar la confidencialidad, integridad y autenticidad de la información transmitida.

El Consorcio SAYP, quién administra y opera tecnológicamente el FOSYGA, también ha iniciado el proceso de cumplimiento de la Circular 052 de 2007, con la compra de software especializado para la transmisión segura de la información del Ministerio. Este software permite a la fecha, que los Operadores Financieros y los Bancos puedan transmitir información a SAYP, con *Encriptación Fuerte*.

Frente a PISIS, plataforma oficial del Ministerio, se efectuó la adaptación del software seguro de transmisión de archivos, para que igualmente permita la transmisión de información con *Encriptación Fuerte*, a fin de cubrir vulnerabilidades de seguridad detectadas.

En adición a lo anterior, se conformó el Grupo de Seguridad Informática y Arquitectura (GSEGA) que apoyará las diferentes tareas de seguridad en proyectos como el Fosyga, PILA, Afiliate, Registros Clínicos Electrónicos (e-health), Centro de Datos, Infraestructura de Soporte Técnico del MSPS. El objetivo principal de este grupo es garantizar que el software de los proyectos nuevos esté construido alrededor de una columna vertebral de seguridad.

En relación con este tema, la Comisión de Regulación en Salud viene trabajando de forma conjunta con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), mediante la formalización en el mes de Octubre de 2010 de un Acuerdo de Confidencialidad y Uso de la Información entre las dos entidades sobre la disposición de información del Fosyga, RIPS y la utilizada desde el año 2005 por la Dirección General de Gestión de las Demanda en Salud del Ministerio de Protección Social para los estudios de UPC POS, que nos permite recibir información proveniente del Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS referente a Afiliados, Prestación de Servicios, Compensaciones, Sistema de Información de Medicamentos, entre otros asuntos, que son de importancia para la entidad. De igual manera, se está gestionando con la Oficina de TIC del MSPS, la celebración de un Convenio Interadministrativo de Cooperación con el objeto de aunar esfuerzos y recursos humanos, técnicos, tecnológicos y logísticos, entre las dos entidades, con el propósito de intercambiar datos, estudios, informes, bases de datos y demás información que apoye a las partes en el cumplimiento de sus funciones misionales, formalizando para este fin un Comité de Coordinación del Convenio.

Por su parte, **CAPRECOM** implementa servicios en línea para procesos de pensiones e inicia implementación de autorización de servicios para IPS vía web, dando cumplimiento a lo establecido en la resolución 3047 del Ministerio de Salud y la Protección Social

Se adquirió y está en proceso de implantación un sistema de información de gestión de incidentes el cual permitirá generar estadísticas de prestación de servicios de soporte y la construcción de una base de datos de conocimiento que permita iniciar procesos de mejora continua.

Se fortaleció la base instalada de procesamiento y almacenamiento, mediante la adquisición de un servidor IBM Power 7 y una unida de almacenamiento IBM V700 con 40 TB de almacenamiento efectivo, con base en lo cual se balancearán las cargas de procesamiento y almacenamiento de información. También se fortaleció el servidor de correo correo institucional y actualizaron las licencias a la versión más reciente liberada por el fabricante.

En cuanto al **Instituto de Seguro Social**, se inició el proyecto Expediente Virtual Administrativo (EVA), que persigue, entre otros, los siguientes objetivos: mejorar el control de tiempos de cada uno de los procesos, mejorar las estadísticas de decisión; y, ante todo, aumentar y controlar la productividad en el trámite de las pensiones.

Se adelantó el proyecto denominado SAD (Sistema de Actualización de Datos), que permite unificar la consulta permanentemente del avance y resultado final de su solicitud a través del portal www.iss.gov.co. A 31 de mayo de 2012, se había recibido 267.989 solicitudes de actualización de datos SAD, de las cuales, 133.593 estaban en proceso de análisis y 134.396 se habían finalizado. Se concluyó la implementación del proyecto de estandarización del macro proceso de reconocimiento de prestaciones económicas en las seccionales con Centro de Decisión y se inició la auditoría de seguimiento en las seccionales: Caldas, Cauca, Risaralda, Cundinamarca y Atlántico.

En la página web del Instituto está publicada toda la base de datos de Historia Laborales del Instituto. A mayo de 2012, 1.351.001 afiliados utilizaron el portal, de los cuales, 1.189.869 generaron su extracto por ese medio.

Para la Supersalud, en el tema de mejoras de la ingeniería en software, es importante destacar las siguientes actividades:

- Sistema de gestión recepción, validación y cargue de los datos de circular única. (rvcc), para fortalecer la calidad del dato reportado y a mejorar los tiempos de respuesta del sistema al momento de realizar las validaciones y cargue de los archivos planos.
- Módulo de análisis gerencial (inteligencia de negocios).
- Mantenimiento y mejoramiento al sistema Supersiad. Ajustes a los módulos de notificación, citación y creación del registro de títulos valores, ajustes a los reportes, al diseño de base de datos y creación de nuevos reportes.
- Fase 1 del sistema de único de peticiones quejas y reclamos –SUPQR. Se desarrolló la primera etapa del sistema Único de PQR a través de la conexión en línea y tiempo real de los diferentes actores del sistema de salud.
- Sistema de agentes interventores. Registra vía web los datos requeridos de las personas naturales o jurídicas que se postulan como agentes interventores.

Finalmente, se destaca la mejora de los siguientes aplicativos, que utiliza la entidad: Sistema gestión documental, Sistema de apoyo al proceso auditor ERA; y Mantenimiento preventivo y correctivo y servicio de mesa de ayuda.

Por su parte, el **INVIMA** garantizó la funcionalidad de los aplicativos existentes (Registros sanitarios, correspondencia, procesos sancionatorios, SIVICOS). Además se está trabajando en un Proyecto de Diseño, Montaje e Implementación de una Plataforma Tecnológica que integre todos los sistemas de información, basados en la Gestión de Procesos, para el cual se han realizado las actividades de Levantamiento y Actualización de los Procesos, Estudio de Mercado y Definición de los Términos de Referencia para la Licitación, teniendo como avance un 40% del total del Proyecto.

Adicionalmente, en el siguiente cuadro se relaciona el porcentaje obtenido en el cumplimiento de la estrategia de Gobierno en Línea:

Cuadro No 99
Estado de Cumplimiento en el Manual 2.0
de la Estrategia de Gobierno en Línea

| Fases | Descripción | % De Cumplimiento |
|----------------|---|-------------------|
| Democracia | Construcción colectiva de políticas y toma de decisiones. | 100% |
| Transformación | Servicios organizados a partir de las necesidades. | 92% |
| Trasacción | Obtención de productos y servicios. | 100% |
| Interacción | Mecanismo que acercan al ciudadano. | 100% |
| Información | Publicación de información en Línea. | 100% |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Informática y Estadística - INVIMA

Así, el INVIMA a 31 de Diciembre de 2011, dio cumplimiento a los criterios expresados en el manual 2.0 de la estrategia de Gobierno en Línea liderada por la Presidencia de la República, obteniendo un puntaje consolidado del 98%.

7.4. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

El proceso de escisión del Ministerio de Protección Social y la creación del Ministerio de Salud y Protección Social, conllevó un cambio en la estructura orgánica y por ende en sus procesos, lo que hizo necesario revisar y redefinir la estructura misma del Sistema Integrado de Gestión a partir de un nuevo mapa de procesos y estructura documental. Con esta premisa la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, en concertación con las diferentes dependencias del Ministerio elaboró el plan de diseño, implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión en el Ministerio, el cual contempla del desarrollo de tres fases para la vigencia 2012: fase 1. Diagnóstico y Planificación; fase 2. Diseño; y fase 3. Implementación.

En la fase de Diagnóstico y Planificación, en cumplimiento a lo establecido en las Leyes 489 de 1998, 87 de 1993 y 872 de 2003 y en los decretos 3622 de 2005, 1955 de 2005 y 4485 de 2009, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 0964 del 30 de abril de 2012 “Por la cual se establece el Sistema Integrado de Gestión Institucional del Ministerio de Salud y Protección Social, se definen sus instancias y se dictan otras disposiciones”, a través de la cual se integran el Sistema de Desarrollo Administrativo, el Sistema de Control Interno-Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad, se definen las diferentes instancias de participación y articulación tales como: el Representante de la Alta Dirección, el Comité del Sistema Integrado de Gestión Institucional, el Equipo de Facilitadores del Sistema Integrado de Gestión Institucional y los Subcomités Integrados de Gestión; así mismo se especifican las responsabilidades del Representante Legal, los Líderes de proceso, la Oficina de Control Interno y los servidores públicos. En desarrollo de esta misma fase se han realizado actividades tendientes a definir la política, los objetivos de calidad y el alcance del sistema.

En cuanto a la fase de Diseño, se han elaborado las propuestas de los procedimientos: Elaboración y Control de documentos, Acciones preventivas, correctivas y de mejora, control de Registros y Administración de Riesgos base de la estructura documental del Sistema que serán aprobados posteriormente al mapa de procesos.

Respecto a la fase de implementación, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales ha desarrollado un proceso de acompañamiento y asesoría en la implementación del Sistema Integrado de Gestión Institucional a todas las dependencias del Ministerio, con actividades de socialización y sensibilización, identificación de los procesos y procedimientos a documentar de acuerdo a las funciones establecidas en el decreto 4107 de 2011.

En cuanto al FNE, durante el segundo semestre de 2011, con el fin de fortalecer el Sistema Integrado de Gestión, se realizaron las actividades tendientes a mantener la Certificación de la Calidad, obtenida en 2010, mediante actividades de capacitación en la formación de Auditores de Calidad, la actualización de la documentación del sistema, la revisión de los aspectos objeto de mejora para el mantenimiento del Sistema de gestión de Calidad, la medición y análisis de los indicadores, revisión de las acciones correctivas y preventivas, la elaboración del plan de manejo y administración de riesgos.

Se realizó la auditoria de seguimiento al sistema de gestión de calidad, lo que permitió mantener la certificación otorgada por el ente certificador, estableciéndose acciones que contribuyen al mejoramiento continuo del sistema en los procesos.

Durante lo corrido de 2012 se han venido implementando las acciones de mejora, la actualización de la documentación del sistema, la actualización del plan de riesgos por procesos, adecuándolos a las recomendaciones presentadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

La CRES, por su parte, en su direccionamiento estratégico, trazó como objetivo el “Mejoramiento de la Confiabilidad de los Procesos” en la perspectiva de los procesos y la tecnología, buscando incrementar paulatinamente la capacidad de los medios para generar los productos y los servicios minimizando defectos y errores, etc. Durante el año 2011 se logró un avance del 77,68% en la implementación de los elementos que son requisitos de los Sistemas Integrados de Gestión y Control en las Entidades Públicas, acercándose a la meta propuesta para la vigencia, contando ahora con el direccionamiento estratégico revisado para 2013 y 2014, planes y proyectos formulados, más y mejores procedimientos y políticas documentadas, riesgos identificados y valorados, indicadores de gestión establecidos y cuadro de mando integral con mediciones, código de ética con acuerdos colectivos en conductas y comportamientos éticos, diseño y desarrollo del producto. En lo transcurrido del año 2012, se ha continuado con el avance, mejorando caracterizaciones de procesos, de productos, diseñando el modelo de gestión por proyectos, el modelo de diseño y desarrollo de productos, diseñando los procedimientos y protocolos de asesoría a usuarios y regulados por nuevos canales, diseñando las encuestas de medición de la satisfacción del cliente, la rendición de cuentas, entre otros elementos, avanzando en un 6% aproximadamente, para un total de avance de 83,17% al 30 de Mayo de este año.

De la misma forma, se avanzó en la implementación del Plan de Gestión Ambiental, de la Estrategia Gobierno en Línea, del Plan Nacional de Servicio al Ciudadano, de la Estrategia Antitrámites, de la estrategia de Cero Papel, entre

otras. Así mismo, se llevo a cabo el proceso de adquisición de una solución tecnológica para la administración de la Estrategia de la Entidad y de su Sistema Integrado de Gestión, iniciando su implementación en el mes de diciembre de 2011, avanzando durante el año 2012 en la parametrización y cargue de la información estratégica y documental del Sistema Integrado de Gestión y Control.

El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta durante el mes de mayo de 2012 recibió la visita de seguimiento al Sistema Integrado de la Calidad por parte de SGS Colombia S.A., quien una vez analizado el informe de evaluación, aprobó mantener las certificaciones ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009, así como la certificación en ISO 14001:2004 - Gestión Ambiental.

En lo que tiene que ver con el Sanatorio de Agua de Dios, a través de Círculos de Calidad implementados desde el 2011, se crea conciencia de calidad y productividad en todos y cada uno de procesos Institucionales a través del trabajo en equipo y el intercambio de experiencias y conocimientos, así como el apoyo recíproco.

El cuanto al Instituto de Seguro Social, en cumplimiento de la Circular Externa 041 de 2007 emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, se continuó con la implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema para la Administración del Riesgo, destacándose la actualización del “Manual de políticas, metodología, procesos y procedimientos para la administración del riesgo en el ISS”, mediante el Acuerdo No. 533 del 29 de marzo de 2012 y la elaboración de las matrices de procesos y recursos actuales para el proceso de transición del ISS.

Durante el año 2011, el Instituto revisó y actualizó los manuales de procesos que conforman la cadena de valor (Afiliación y Registro, Recaudo, Historia Laboral, Decisión de Prestaciones Económicas y Nómina de Pensionados), así como los manuales de procesos de Informática y Tecnología, Cuentas por Pagar, Programación Presupuestal y SARLAFT.

Por su parte, en el marco de la política sectorial de desarrollo administrativo de moralización transparencia de la administración pública, en el 2011 el Sanatorio de Contratación, a través de la página web www.sanatoriocontratacion.gov.co, continuó la implementación de la política de gobierno en línea alcanzando el 100% en las cinco (5) fases como son: Información, Interacción, Transacción, Transformación y Democracia.

En cuanto al mejoramiento de la calidad del Talento Humano, durante el período de análisis, se han llevado a cabo eventos de capacitación que han beneficiado al

100% de los funcionarios de la entidad; entre los temas más representativos están:

2011 - Costos Hospitalarios, Estatuto Anticorrupción, Taller Psicológico, Bioseguridad y Elementos de Protección y Estilos de vida saludable.

2012 – Legislación en el Manejo de la Historia Clínica, Retroalimentación Evento Adverso, Actualización en Lineamientos de Vigilancia en Salud, Protocolos y Fichas de Notificación, Oxígeno Terapia, Revisión y actualización del PHE, Protocolo Riesgo Biológico, TICS Tecnológicos, Actualización en la Detección Temprana de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo, Actualización en la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, Actualización en AIEPI, Acuerdos y Normatividad Vigente Norma Técnica PAI y Capacitación en Proceso de Acreditación en Salud.

En cuanto a la **Supersalud**, para la vigencia 2011, se resalta que ésta mantiene el certificado de la NTC-GP100:2009 en el Sistema de Gestión de Calidad.

Se actualizó el aplicativo del Tablero de Control, en el cual todas las Superintendencias delegadas, Oficinas y Secretaría general reportaron, mes a mes, la gestión realizada del Plan anual de gestión.

Se actualizó el Mapa de Riesgo de la Entidad, tomando los requerimientos del DAFFP, los aspectos básicos en la problemática de la salud, las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y las prioridades de los organismos rectores en el sector salud, como la Organización Panamericana de la Salud.

Por su parte, el Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, en febrero de 2012 recibió visita de auditoría de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad bajo los requisitos de las normas ISO 9001-2008 y NTCGP 1000:2009, por parte de la firma Bureau Veritas Certificación, la cual recomendó mantener la certificación otorgada al Fondo en el mes de abril de 2011, previo cumplimiento de un Plan de mejoramiento para subsanar cinco observaciones identificadas.

En cuanto a la sostenibilidad Sistema de Gestión de la Calidad, durante 2011 FONPRECON revisó sus procesos y procedimientos y los actualizó, realizó la medición de indicadores de gestión por proceso, el cierre de las No Conformidades encontradas por ICONTEC para la vigencia, ejecutó la encuesta de satisfacción a los usuarios, practicó la evaluación de habilidades y competencias del personal, evaluó sus proveedores, ejecutó auditorías internas de calidad y realizó la revisión por la Dirección.

Todo lo anterior sirvió, de base para la visita que practicó ICONTEC los días 15 y 16 de diciembre de 2011; al cierre de la auditoría el líder del ente Certificador emitió concepto favorable respecto de las certificaciones que tiene FONPRECON en las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, por lo cual el Fondo fue ratificado con entidad certificada en Calidad.

A 30 de diciembre de 2011 FONPRECON alcanzó el 100% de cumplimiento en cada una de las cinco fases de la estrategia de Gobierno en Línea especificadas en el manual GEL versión 2. 0. Luego de concluida esta evaluación, realizada por los Ministerios de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Salud y Protección Social, fue expedida la versión 3.0 el cual aborda la estrategia por niveles (Inicial, Básico, Avanzado y Mejoramiento).

En el segundo semestre de 2011, la Entidad desarrolló e implementó mediante el uso de mecanismos electrónicos, la generación de cuentas de cobro a los entes concurrentes de deuda pensional. Con este mecanismo vía web, la Entidad moderniza sus procedimientos, reduce los tiempos de respuesta y aporta al medio ambiente al disminuir el consumo de papel y tintas de impresora.

Se practicó la autoevaluación al Sistema Integrado de gestión bajo una metodología estandarizada para los 13 procesos con un promedio institucional del 80.30%. Los resultados por proceso arrojaron índices de sostenibilidad en cinco de estos por debajo de la media: Control Interno de Gestión, Gestión de Calidad, Afiliación Recaudo y Aportes, Pago de Prestaciones Económicas y Gestión de Talento Humano.

Se definió el nuevo esquema de radicación, atención y respuesta a PQR mediante el uso de los diversos canales de atención al usuario, tanto físicos, telefónicos y personales como electrónicos; se incluye, en estos últimos, los servicios en línea que ya se encuentran a disposición del usuario; y para coordinar este proceso, se expidió la resolución 0478 del 8 de junio de 2012 mediante la cual se creó el grupo de trabajo de Atención al usuario y se fijaron sus funciones.

CAPRECOM cuenta con Manual de Procesos y Procedimientos aprobado el 1/12/2008 y actualizado en segunda versión el 16/12/2011, denominado PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD y va direccionado a todas las IPS de CAPRECOM.

El Instituto Nacional de Cancerología, por su parte, en lo relacionado con gestión de procesos, revisó y realizó una reorganización del mapa de procesos institucionales que redefinió los procesos estratégicos, organizó y actualizó los procesos misionales (la atención de pacientes se divide en la administración

hospitalaria y el cuidado oncológico) y redistribuyó los procesos de apoyo. En general, se pasó de 17 a 13 procesos institucionales que permiten un mejor abordaje y seguimiento del quehacer del INC.

Se realizó también la revisión de la conformación de grupos funcionales al interior de cada una de las subdirecciones que fueron establecidas en el Decreto 5017 de 2009. En esa medida se conformaron grupos área en la subdirección médica que orientan los pilares del cuidado del paciente oncológico y se reorganizó la subdirección administrativa hacia una visión moderna de la gestión administrativa y la gestión de la tecnología, generando un nuevo organigrama institucional.

Se realizó la construcción del Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2012-2014, el cual se basó en primer lugar en el análisis situacional del contexto interno y del entorno. Como resultado de este análisis, el Instituto definió su plataforma estratégica (Misión, Visión, Valores, Principios y Políticas Institucionales).

Toda esta labor de construcción del Plan de Desarrollo Institucional quedó alineado con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, con una propuesta de valor orientada a la generación de valor público y cuyo principal objetivo es reducir la carga de enfermedad que genera el cáncer en la población colombiana, expresada ésta en la aparición de casos nuevos (incidencia), en la mortalidad y en el efecto deletéreo sobre la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes.

Como parte del direccionamiento estratégico se retomó el modelo de atención y se redefinió en tres componentes: El primero basado en el concepto de programa de enfermedad (atención multidisciplinaria y seguimiento de pacientes); el segundo, denominado enfoque integral (cuidado de soporte y apoyo psicosocial); y el tercero, la deshospitización del paciente (hospitalización domiciliaria y servicio de consola).

El Instituto Nacional de Salud, recibió por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC la certificación del Sistema de Gestión de Calidad respecto a las normas NTCGP 1000, ISO 9001 e IQNET, en reconocimiento al compromiso institucional con la calidad de los productos y servicios desarrollados en pro de la salud pública en el país.

Por su parte, el **INVIMA** en el 2011, a través de la visita de seguimiento realizada el 1 y 2 de Diciembre mantiene la Certificación bajo las normas NTC GP 1000: 2009 e ISO 9001:2008.

La Institución se encuentra realizando la autoevaluación para mantener la certificación institucional otorgada por la OPS/OMS en Agosto de 2010 que reconoce al INVIMA como Autoridad Nacional Reguladora competente.

7.5. Sistemas de atención al ciudadano

En el MSPS, dando continuidad al manejo de los correos electrónicos, se ha logrado mantener celeridad y calidad en este procedimiento, obteniendo tiempos de respuesta o direccionamiento al área o entidad competente de las peticiones realizadas por los ciudadanos entre dos y un día (en promedio), lo cual redundó en la satisfacción de los ciudadanos.

Adicionalmente, se implementó la identificación por medio de un ID para cada una de las peticiones generando una respuesta automática a los ciudadanos, de manera que se les informa la recepción de sus solicitudes y un número para que tengan la opción de realizar seguimiento y control a las mismas a partir de la página web de este Ministerio. Lo anterior permite que las peticiones realizadas de manera anónima, obtengan una respuesta y que los ciudadanos puedan visualizarlas sin necesidad de informar un correo electrónico.

En cuanto a la atención telefónica de usuarios, se continúa con la operación desde el Centro de Contacto al Ciudadano, CCC, del programa Gobierno en Línea, con lo cual se pasó de atender de 10.000 a un promedio de 11.060 llamadas (hasta el mes de marzo). A partir de Abril la cantidad de llamadas disminuyeron en razón a que el Ministerio del Trabajo (por la escisión) publicó su nuevo portal y allí comunicó una nueva línea telefónica, lo cual hizo que los usuarios comenzaran a comunicarse allí directamente.

El porcentaje de llamadas atendidas está por encima del 96%, lo que significa una reducción ostensible del número de ciudadanos dejados de atender y por ende un mejoramiento en la imagen del Ministerio.

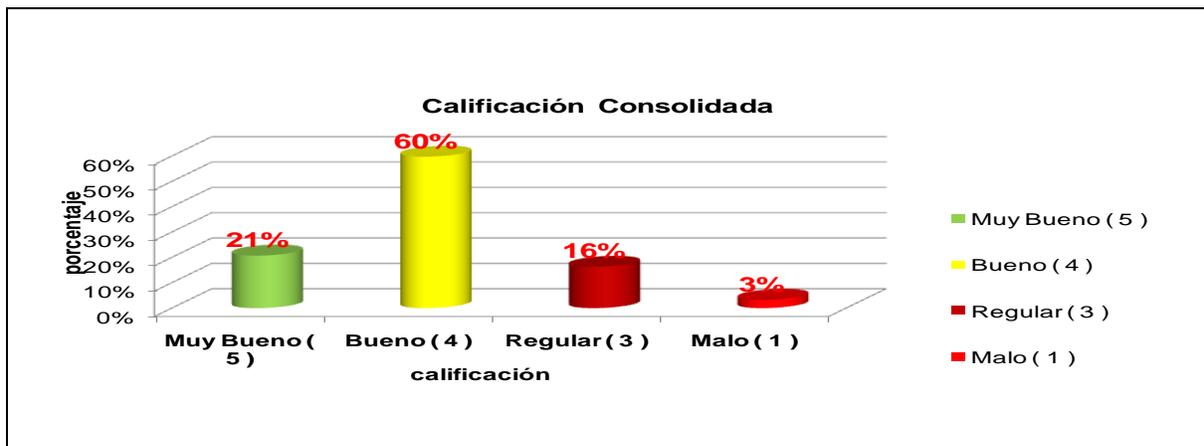
En lo relacionado con la atención presencial a través del Grupo de Atención al Ciudadano (GAC), los usuarios disponen de un espacio amplio, agradable y de fácil acceso, además de disponer de un sistema de asignación de turnos (INFOTURNOS) en el cual se administran datos de la atención, tales como tiempos de atención, servicios atendidos etc. Producto de los reportes generados se tiene que en promedio mensual se atienden cerca de 2.168 ciudadanos con tiempos promedios de atención de ocho minutos.

Para el fortalecimiento de la atención a los ciudadanos a través de los distintos canales de atención, se hizo una inversión de \$13.2 millones para la actualización y mantenimiento del Sistema Electrónico de Turnos (INFOTURNOS). Durante el periodo 2012 se tiene prevista una inversión de \$250 millones en la atención telefónica de usuarios a través del Centro de Contacto al Ciudadano (en convenio con FONADE).

En cumplimiento de las Estrategias de Gobierno en Línea y con el fin de mejorar el sistema de atención al ciudadano en el Fondo Nacional Estupefacientes, desde el mes de diciembre se viene implementando el servicio de recepción de las solicitudes de los trámites de Inspección, Vigilancia y Control que realizan los usuarios a través del modulo IVC en la página Web, lo cual facilitará la radicación de solicitudes ante el Fondo. Igualmente se está implementando en la página Web el modulo de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, permitiendo su recepción y seguimiento a través del portal Web, lo cual agiliza el trámite de las mismas.

En relación con la satisfacción de cliente y usuario del FNE se realizó la encuesta respectiva, la cual arrojó los siguientes resultados:

Gráfico No.9
Resultados Encuesta Satisfacción de Cliente y Usuario FNE



Fuente : FNE

En relación con la atención al ciudadano en el Sanatorio de Agua de Dios, se han establecido planes de mejoramiento y ajustes a los procesos y procedimientos, para garantizar la prestación de los servicios con oportunidad, calidad y

pertinencia. Además de hacer énfasis a los pacientes de asistir de manera oportuna y puntualmente a las citas y controles en el horario acordado y no quitar la oportunidad a otros usuarios.

El sistema de información y atención al usuario del Sanatorio de Contratación durante la vigencia 2011, reportó en el indicador de satisfacción al usuario 96%; 100% de las quejas resueltas y un tiempo de respuesta de quejas y reclamos de 4,25 días.

De igual manera, en cumplimiento del Decreto 019 de 2012, el Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE implementó las acciones conducentes a facilitar y generar mecanismos que permitan agilizar los trámites de los usuarios ante el FNE, entre los cuales se destacan la supresión de presentación de documentos que el FNE tiene en su poder o puede consultar a través de los medios electrónicos disponibles, tales como Certificados de Cámara de Comercio, Consulta de Antecedentes Disciplinarios, Certificados de antecedentes Fiscales; la reducción del término para la expedición del visto bueno para la aprobación de las licencias de importación a través de la Ventanilla Única de Comercio Exterior - VUCE; la prórroga de la vigencia de las licencias o permisos, cuando el ordenamiento jurídico lo permita si el particular la ha solicitado dentro de los plazos previstos en la normatividad vigente, con el lleno de la totalidad de requisitos exigidos para ese fin, hasta tanto se produzca el acto administrativo de autorización por parte del FNE.

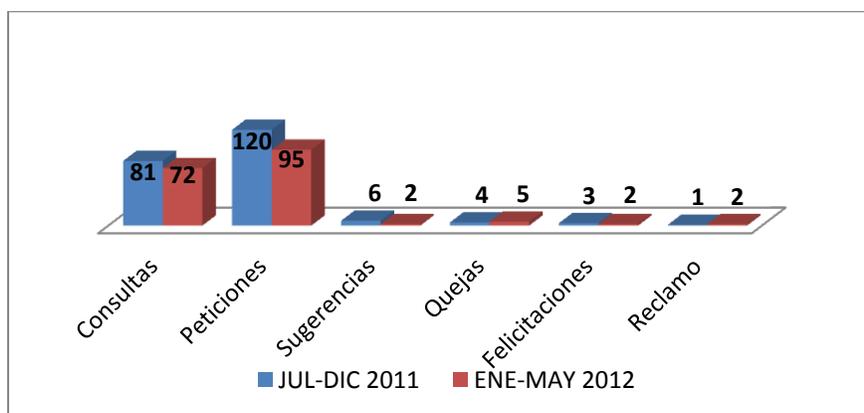
En materia de fortalecimiento de los Sistemas de Atención al Ciudadano, a partir de lo establecido en el Plan Nacional de Servicio al Ciudadano, la UAE-CRES se propuso el diseño e implementación de políticas y protocolos de atención por cuatro (4) canales (Escrito, Telefónico, Virtual -Chat, Blog, Foro, página web, correo electrónico-) y presencial, meta que se cumplió en un 100% al mes de mayo de 2012, habiendo diseñado y documentado el proceso mediante el instructivo ASEINA001, con algunas ayudas automatizadas para registro, además de haber divulgado y entrenado al grupo de Asesoría en las nuevas políticas adoptadas para brindar una adecuada atención a los usuarios y regulados. En este aspecto también es importante resaltar que la aplicación interactiva POS Pópuli se viene consolidando como una valiosa herramienta virtual que permite a los actores del SGSSS y a la ciudadanía en general, realizar consultas acerca de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud de una manera ágil, sencilla y en un lenguaje de fácil comprensión.

Por su parte el **Instituto Nacional de Salud** teniendo en cuenta los lineamientos gubernamentales y la Política Nacional de Atención al Ciudadano, implementó en el mes de septiembre del año 2011 la Cartilla de Participación Ciudadana la cual

se encuentra disponible en la página web www.ins.gov.co. Adicionalmente, el INS ha mejorado la calidad y accesibilidad de los servicios que provee al ciudadano mediante la adopción de un modelo de Gestión de Servicio, implementando un manual de atención al ciudadano como herramienta de calidad; y de esta forma, mejorar la confianza y satisfacción del ciudadano, además del fortalecimiento de los canales de comunicación para la atención al ciudadano, como la respuesta oportuna de PQRS mediante el correo electrónico contactenos@ins.gov.co.

Para el periodo julio –diciembre del año 2011 se presentaron un total de 215 PQR vía web, y para el periodo enero-mayo de 2012 se registran 178 PQR.

Gráfico No.10
Peticiónes, Quejas, Reclamos y Felicidades



Fuente: Grupo de Atención al Usuario. INS

En cuanto al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos,, se cuenta con INVIMA virtual, que es una herramienta segura, fácil y transparente que permite dar cumplimiento a la cadena de trámites de registro sanitario y acerca a la entidad con los ciudadanos, las regiones y la industria a través de la optimización de trámites.

7.6 Cooperación y Relaciones internacionales

Durante el período, el Ministerio continuó avanzando en la ejecución de los diferentes proyectos de cooperación internacional desarrollados por la entidad, así como representando al país en diversos foros internacionales y mecanismos

internacionales de integración, en asuntos relativos al Sector Salud y Protección Social.

En el período julio de 2011 a febrero de 2012, se destaca la suscripción de un convenio con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, para fortalecer la Estrategia “Alto a la Tuberculosis en 46 municipios prioritarios del país”, por valor de 3.383.919 euros.

Igualmente, durante este período se definieron planes de trabajo conjuntos, y proyectos binacionales en salud, en zonas de frontera con los gobiernos de Brasil, Panamá y Venezuela, y se participó en foros internacionales en salud, como son la Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud realizada (Brasil, julio de 2011), y la reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, (Washington, junio de 2011).

Dado que en la nueva estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, creado en noviembre de 2011, mediante el decreto 1444 del mismo año, no fue incluida un área encargada de la gestión de cooperación y relaciones internacionales, se expidió la resolución interna No. 517 del 13 de marzo de 2012, mediante la cual se creó el Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales, como dependencia del despacho de la Ministra.

Entre las principales funciones del área, se encuentra la de asesorar a los despachos del Ministro y los Viceministros, así como a las entidades adscritas y vinculadas, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, el DNP y la Agencia Presidencial de Cooperación internacional de Colombia APC-COLOMBIA, en la implementación de la política de cooperación y relaciones internacionales del sector salud.

A partir de esa fecha, se comenzó a elaborar un plan estratégico de cooperación y relaciones internacionales para el Ministerio, con dos áreas estratégicas a saber: 1) alinear, movilizar y gestionar cooperación técnica internacional que contribuya al cumplimiento de la misión del Ministerio y al logro de los objetivos institucionales, y 2) posicionar al país en escenarios internacionales e incidir en las decisiones en materia de salud. En desarrollo de este plan, se destacan las siguientes gestiones y avances:

En Marzo de 2012 se suscribieron 4 convenios de donación para la dotación de equipos médicos a 4 Hospitales del país, a saber: E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús, El Charco, Nariño; E.S.E. Centro de Salud de Majagual, Sucre; - E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú, Vaupés, y E.S.E. Hospital de Hatillo de Loba- Bolivar. Mediante estos convenios se donaron cerca de 40 equipos para las áreas de urgencias, pediatría, odontología, imágenes diagnósticas y laboratorio clínico, por un valor total aproximado de 441.800 dólares.

En Abril de 2012, se inauguraron las obras de ampliación, adecuación y dotación del Pabellón de Urgencias y un Quirófano de la ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís, y la construcción de la Sede Asistencial de la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia, en la ciudad de Quibdó, las cuales fueron realizadas con recursos de cooperación financiera no reembolsable del gobierno de Corea. Las obras contaron con una inversión aproximada de 4.771 millones de pesos, de los cuales el gobierno coreano aportó aproximadamente 3.287 millones.

En Mayo de 2011 se finalizó la fase de formulación de la Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia, para el período 2012-2014, la cual define las líneas de acción de este organismo en el país.

Igualmente, se participó en foros internacionales en materia de salud como fueron, las reuniones de Ministros de Salud de UNASUR, realizadas en Santa Cruz de la Sierra Bolivia, los días 20 y 21 de abril de 2012, y en Ginebra, Suiza, el 23 de mayo; la Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra, del 21 al 26 de mayo, y el foro Ministerial sobre Cobertura Universal en Salud, realizado en México, el 1 de abril del mismo año.

Igualmente, se destaca la negociación llevada a cabo en abril de 2012, en la cual se aprobó el texto del protocolo para la eliminación del comercio ilícito del producto de tabaco, en desarrollo del convenio marco para el control del tabaco.

El Instituto Nacional de Salud, por su parte, en marzo de 2012 con Lycée Talensac logra vincular en la modalidad de pasantía a un estudiante de pregrado del área de la salud y/o biotecnología con el objetivo de que el estudiante apoye actividades de laboratorio en el grupo de Micobacterias – Investigación durante 3 meses.

Para mayo 2012, con el *Instituto Butantan*, se fortalecen las capacidades nacionales en la producción de biológicos de interés en salud pública; en especial de aquellos no disponibles en el país, así como el desarrollo de proyectos de investigación y el fortalecimiento de los procesos productivos y de control de calidad de productos biológicos, para la atención de eventos de interés en salud pública.

El **INVIMA** es hoy un actor visible a nivel Internacional, toda vez que su participación se ha extendido a mesas de negociación, especialmente en aspectos sanitarios y de inocuidad, para la apertura a mercados de los productos que vigila.

Con el rediseño del Instituto, se adelanta la creación de la Oficina de Asuntos Internacionales a partir de las siguientes líneas de trabajo:

- Negociación y Aprovechamiento de acuerdos de régimen fronterizo: Participación en las negociaciones de los capítulos de medidas sanitarias y fitosanitarias, propiedad intelectual y obstáculos técnicos al comercio en los TLC con Corea, Turquía, Venezuela, Israel y Alianza Pacífico. Desempeño de INVIMA como Autoridad Nacional Competente en el Comité de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias de los TLC vigentes (México, Chile, Triángulo del Norte y Estados Unidos) y en el desarrollo de acuerdos con la CAN. Asistencia en Comisiones Mixtas de Vecindad, en temas relacionados con los productos de su competencia.
- Admisibilidad Sanitaria de Alimentos: Apoyo al sector privado en acceso a mercados internacionales de productos agropecuarios (carne de las especies bovina, porcina, aves del corral, leche y sus derivados y productos de pesca). Se generó la apertura de 16 mercados y 15 mercados adicionales están en proceso.
- Cooperación Internacional: Entre otros, se está llevando a cabo el convenio de confidencialidad de cooperación en materia de medicamentos y tecnologías sanitarias con las agencias del Brasil, Argentina y Cuba, en el marco de la certificación de OPS, como Autoridades de Referencia Regional ARN.