



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

# INFORME DE ACTIVIDADES

## 2012 – 2013

Sector Administrativo  
de Salud y Protección Social

AL  
HONORABLE  
CONGRESO  
DE LA  
REPÚBLICA

Bogotá, D.C., agosto de 2013



 **PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## República de Colombia Ministerio de Salud y Protección Social

Informe de actividades  
2012-2013

Sector Administrativo  
de Salud y Protección Social

Al

Honorable

Congreso de la República

Edición y consolidación:  
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

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

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

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

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

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

**DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

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

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

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

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



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

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

**Luis Gabriel Fernández Franco**  
Director Jurídico

**Esther Madero Martínez**  
Jefe Oficina de Control Interno ( e )

**Laura Pareja Ayerbe**  
Grupo de Comunicaciones

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

## VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

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

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

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

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

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



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

**Carmen Eugenia Dávila**  
Directora de Financiamiento Sectorial

**Luis Gonzalo Morales Sánchez**  
Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en  
Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

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

**José Oswaldo Bonilla Rincón**  
Director de Administración de Fondos de la Protección Social

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

**Gustavo Enrique Morales Cobo**  
Superintendente Nacional de Salud

**Fernando de la Hoz Restrepo**  
Director General Instituto Nacional de Salud–INS

**Blanca Elvira Cajigas de Acosta**  
Directora General  
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA

**Raúl Hernando Murillo Moreno**  
Director General Instituto Nacional de Cancerología



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**Juan José Muñoz Robayo**  
Gerente Sanatorio de Agua de Dios

**Jesús Alfonso Suárez**  
Gerente Sanatorio de Contratación

**Javier Ignacio Cormane Fandiño**  
Director General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

**Jaime Luis Lacouture Peñalosa**  
Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

**Francisco Álvaro Ramírez Rivera**  
Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República-  
FONPRECON

#### **DIRECTIVOS ENTIDADES VINCULADAS**

**Luisa Fernanda Tovar Pulecio**  
Director General Caja de Previsión Social de Comunicaciones-CAPRECOM

**Carlos Alberto Parra Satizábal**  
Apoderado General Fiduciaria la Previsora S. A.  
Liquidador Instituto de Seguros Sociales



# Informe al Congreso 2012-2013

## Sector Administrativo de Salud y Protección Social

### Contenido

<b>INTRODUCCION</b>	<b>9</b>
<b>1. ASEGURAMIENTO Y AFILIACION</b>	<b>11</b>
1.1 Régimen subsidiado de salud	11
1.2 Régimen contributivo de salud	14
1.3 Unificación del Plan de Beneficios	15
1.4 Portabilidad	17
1.5 Pensiones y Riesgos Laborales	18
<b>2. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ATENCION PRIMARIA, TECNOLOGIAS EN SALUD Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD.</b>	<b>23</b>
2.1 Ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de Servicios de salud	23
2.2 Sistema Único de Habilitación	24
2.3 Planes de gestión de las IPS	24
2.4 Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS	25
2.5 Estrategia de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud	26
2.6 Sistema Único de Acreditación	27
2.7 Sistema de Evaluación y Calificación de actores del SGSS	29
2.8 Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS	30
2.9 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios	32
2.10 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	33
2.11 Guías de atención	36
2.12 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología	38
2.13 Política Farmacéutica	40
2.14 Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y Trasplante de componentes Anatómicos	42
2.15 Desarrollo de la Calidad del Talento Humano en Salud	46
2.16 Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres	51
2.17 Telemedicina	61
<b>3. SALUD PÚBLICA – PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b>	<b>63</b>
3.1 Plan Decenal de Salud Pública	63
3.2 Prevención y control de enfermedades transmisibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones	67
3.3 Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	76
3.4 Salud Sexual y Reproductiva–SSR	79



3.5	Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles	87
3.6	Convivencia social y Salud Mental	95
3.7	Seguridad Alimentaria y Nutricional	99
3.8	Seguridad Sanitaria y Ambiental	103
3.9	Salud Oral	104
4.	<b>PROMOCIÓN SOCIAL</b>	106
4.1	Primera infancia, niños, niñas y adolescentes	106
4.2	Red Unidos	106
4.3	Personas y colectivos víctimas del conflicto armado	108
4.4	Personas y colectivos con discapacidad	112
4.5	Grupos étnicos	115
4.6	Población inimputable por trastorno mental	118
4.7	Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.	119
4.8	Persona mayor, vejez y familia	119
4.9	Mujer y género	120
5.	<b>SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD</b>	121
5.1	Recursos del sector salud	121
5.2	Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga	123
5.3	FONSAET- Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud	125
5.4	Recobros	127
5.5	Unidad de Pago por Capitación (UPC)	129
5.6	Giro Directo	137
5.7	Otros Aspectos Financieros	139
5.8	Saneamiento de Cartera	142
6.	<b>INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	144
6.1	Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud	144
6.2	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima	153
6.3	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes	160
6.4	Vigilancia en Salud Pública e INS	163
7.	<b>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL</b>	179
7.1	Mejoramiento de la capacidad de gestión del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades del Sector	181
7.2	SISPRO y Sistemas de Información	183
7.3	Gestión de las Entidades Adscritas y Vinculadas	189



## INTRODUCCION

El Ministerio de Salud y Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República de Colombia el presente informe de actividades del sector administrativo de Salud y Protección Social, el cual contiene la gestión realizada para el período comprendido entre julio de 2012 y el primer semestre de 2013, con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado en la Constitución Política que establece que “ (...) los ministros y los directores de departamentos administrativos presentarán al Congreso (...) informe sobre el estado de los negocios adscritos a su ministerio o departamento administrativo (...)”.

Para garantizar el acceso con calidad y oportunidad de los colombianos al derecho fundamental de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social se ha propuesto desarrollar estrategias enfocadas al mejoramiento de la cobertura del servicio, la promoción de la salud pública y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema en el marco de la unificación del plan de beneficios. En relación con la cobertura se hicieron esfuerzos bajo el principio de equidad en cuanto al acceso a servicios y beneficios otorgados a la ciudadanía. En términos de promoción y prevención se estandarizaron buenas prácticas mediante guías de atención integral y se hicieron grandes esfuerzos en vacunación. Por su parte, en materia de sostenibilidad financiera se abordó la necesidad del control del gasto y el flujo eficiente de recursos, sin comprometer la calidad de los servicios y medicinas provistos. Igualmente, se concretaron varios ajustes al sistema e institucionales tal y como se detallará más adelante.

Entre algunos resultados puntuales se destacan los siguientes: La cobertura del sistema superó el 96%, aspecto considerado como cobertura universal y que a su vez se constituye en un hecho esperado desde el año 1993 con la Ley 100. Por otra parte, desde el 1º de julio de 2012, la unificación del plan de beneficios permitió a los 22,6 millones de colombianos del régimen subsidiado acceder a mejores tratamientos y a cerca de 2.000 tecnologías en salud que antes solo estaban disponibles en el régimen contributivo.

Por otra parte, en materia de salud pública, se culminó la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con la participación social y comunitaria más amplia realizada en el país en su historia, en un ejercicio de planeación en salud. Se destaca el hecho que se alcanzaron coberturas útiles de vacunación del 95% a la vez que se consolidó el plan ampliado de inmunizaciones con vacunas como el rotavirus, neumococo, hepatitis y se implementó la vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH). Con lo anterior, Colombia tiene el plan ampliado de inmunización más grande



y moderno de América Latina. Con respecto a la oncocercosis, se finalizó el periodo de vigilancia post-endémica, con el envío de un dossier a OMS solicitando visita de verificación de cumplimiento de estándares de ausencia de enfermedad y corte de transmisión; dicha visita se efectuó en el 2012 por parte de un equipo internacional delegado por OMS, certificando el cumplimiento de criterios de eliminación de oncocercosis del foco nacional. Colombia es el primer país en el mundo en eliminar esta enfermedad.

Adicionalmente, hubo avances que contribuyeron a la construcción de un sistema de salud sostenible y capaz de atender las necesidades de la población, tal y como se refleja en la disminución de los recobros en cerca de \$290 mil millones en 2012 frente a lo registrado 2011 y el giro directo que acumuló, a junio de 2013, cerca de \$8,86 billones llegando a cerca de 1.000 Instituciones Promotoras de Salud (IPS) públicas y 1.300 privadas.

Con el Congreso de la República, se logró la aprobación de la Ley de Cuentas Maestras que permite brindar liquidez al sistema para el pago de deudas y el saneamiento fiscal y financiero de la red pública.

También se logró en el Congreso una Ley estatutaria que define el derecho a la salud y le da marco como derecho fundamental desarrollando el ámbito del mismo. Adicionalmente, a comienzos del 2013 se presentó al Congreso un proyecto de ley ordinaria para un nuevo modelo de salud que busca mejorar la operación del Sistema.

En materia de la modernización institucional y la política anti-trámites, se eliminó el certificado de supervivencia para los pensionados. Desde julio de 2012, la supervivencia se consulta a través de medios electrónicos, gracias al sistema de información implementado por el Ministerio. También se avanzó en la consolidación del Sistema Único de Información en Salud que permita la estandarización de los flujos de información, evitando la duplicidad de requerimientos por parte de las entidades territoriales u organismos de control. Igualmente, se hicieron importantes ajustes institucionales en el INVIMA, el INS y la Supersalud.

El presente informe se divide en siete (7) secciones. En las partes primera y segunda se describen los principales aspectos del aseguramiento, la calidad y la prestación de servicios de salud, mientras que los esfuerzos en salud pública, la promoción, la prevención y la promoción social se presentan en la tercera y cuarta parte del documento, respectivamente. En la quinta, se resumen los aspectos relacionados con la sostenibilidad del Sistema. Al final, se describen los aspectos en relación con la inspección vigilancia y control (sección sexta) y el fortalecimiento y modernización institucional en el sector (séptima sección).



## HACIA UN NUEVO MODELO DE SALUD

### 1. ASEGURAMIENTO Y AFILIACION

En materia de cobertura, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el 2012, reporta un aumento en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud llegando al 96,4%<sup>1</sup> de la población. En esta misma vía, se estima que el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con corte a diciembre de 2012 ascendió a 44,9 millones de personas lo que a su vez significa 2,4 millones de nuevos afiliados en el Sistema de Salud entre el 2010 y 2012.

**Tabla 1.**  
**Cobertura del Sistema**

Régimen	Personas afiliadas	% de la población afiliadas al SGSSS	% de la población total
Contributivo	19.957.672	44,4%	42,8%
Subsidiado	22.605.295	50,3%	48,5%
<b>Subtotal</b>	<b>42.562.967</b>	<b>94,7%</b>	<b>91,37%</b>
Excepción	2.354.332	5,2%	5,0%
Población Cubierta	44.917.299	100,0%	96,4%
Población No cubierta	1.664.524		3,6%
Total población según DANE para el año 2012			46.581.823

**Fuente:** MSPS. BDU A y cálculos propios. Entre las entidades exceptuadas expresamente por la Ley se encuentran las Fuerzas Militares, Policía, Magisterio, Ecopetrol y universidades públicas; se estima el número de afiliados con base en estudios realizados por centros de investigación especializados en el tema.

Por su parte, con corte a junio de 2013, se estima que se mantiene la cobertura en 96% producto de 19.786.512 afiliados reportados en el régimen contributivo y 22.596.052 en el subsidiado.

#### 1.1 Régimen subsidiado de salud

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 22.295.165 en 2011, a 22.605.295 afiliados en el 2012, como se muestra en la siguiente tabla:

<sup>1</sup> Porcentaje técnicamente considerado como cobertura universal y ha sido un logro esperado desde el año 1993, con la Ley 100.



**Tabla 2.**  
**Afiliados Régimen Subsidiado**

Departamento	2010	2011	2012
Amazonas	46.445	50.455	52.426
Antioquia	2.380.693	2.336.614	2.355.679
Arauca	181.121	176.586	179.259
Atlántico	1.092.106	1.244.365	1.271.435
Bogotá D.C.	1.346.781	1.304.372	1.251.955
Bolívar	1.200.400	1.298.135	1.367.571
Boyacá	714.936	702.397	694.735
Caldas	527.796	458.141	456.885
Caquetá	269.900	285.215	292.424
Casanare	190.748	204.261	207.611
Cauca	863.672	948.775	971.893
Cesar	769.268	780.900	802.581
Choco	359.129	375.753	398.341
Córdoba	1.115.549	1.291.926	1.325.622
Cundinamarca	914.932	937.844	929.408
Guainía	17.354	37.653	35.860
Guaviare	62.891	65.973	63.548
Huila	712.079	723.264	736.155
Inpec		75.813	86.878
La Guajira	538.585	618.880	683.883
Magdalena	874.746	940.208	921.524
Meta	364.343	373.811	394.398
Nariño	1.124.845	1.115.408	1.141.921
Norte de Santander	830.350	814.823	794.641
Putumayo	236.455	256.390	261.499
Quindío	261.401	256.748	247.189
Risaralda	360.075	355.116	360.004
San Andrés	21.978	22.566	21.279
Santander	928.812	874.149	852.531
Sucre	670.278	773.027	784.375
Tolima	1.126.954	737.989	733.335
Valle	1.649.063	1.764.010	1.832.296
Vaupés	17.078	24.246	26.307
Vichada	70.128	69.352	69.847
<b>Total</b>	<b>21.840.891</b>	<b>22.295.165</b>	<b>22.605.295</b>

Fuente: MSPS. BDU A



## Indicador de cobertura en salud municipios en consolidación

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado, en los municipios ubicados en las zonas de consolidación, alcanzó, a 31 de diciembre de 2012, el 89.20%; a continuación se ilustra la distribución de las coberturas por municipios:

**Tabla 3. Afiliados municipios en consolidación**

REGION	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	2012	COBERTURA EN SALUD
Catatumbo	Norte de Santander	Convención	15.021	100.00%
		El Carmen	12.733	86.77%
		El Tarra	10.157	93.35%
		Hacarí	8.984	85.78%
		San Calixto	9.077	68.83%
		Teorama	12.889	63.76%
		Tibú	32.211	89.70%
Cordillera Central	Tolima	Ataco	17.809	79.84%
		Chaparral	48.536	100.00%
		Planadas	27.375	91.89%
		Rioblanco	21.447	86.24%
	Valle del Cauca	Pradera	46.967	88.38%
Cauca	Cauca	Florida	64.928	100.00%
		Miranda	24.100	64.11%
		Corinto	26.285	85.60%
		Caloto	24.382	100.00%
		Santander de Quichao	91.742	100.00%
		Toribío	28.305	100.00%
Montes de María	Bolívar	El Carmen de Bolívar	77.188	100.00%
		Bolívar	25.188	100.00%
	Sucre	San Jacinto	24.824	100.00%
Putumayo	Putumayo	Ovejas	51.549	100.00%
		San Onofre	24.824	100.00%
		Leguízamo	24.427	100.00%
		Puerto Asís	58.154	99.50%
Nudo de Paramillo	Antioquia	San Miguel	15.583	62.41%
		Valle del Guamuez	31.674	63.43%
		Anorí	14.721	89.51%
		Briceno	7.313	83.79%
		Cáceres	26.703	76.59%
		Caucasia	89.482	85.78%
		El Bagre	49.804	100.00%
		Ituango	23.370	100.00%
		Nechí	22.626	91.99%
		Tarazá	33.829	86.17%
		Valdivia	14.783	71.89%
Zaragoza	23.852	80.54%		
Córdoba	Córdoba	Montelíbano	86.931	100.00%
		Puerto Libertador	37.842	87.42%
		Tierralta	94.307	100.00%
		Valencia	33.114	82.46%
		San José de Uré	6.004	57.10%



REGION	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	2012	COBERTURA EN SALUD
Macarena Río Caguán	Meta	La Macarena	8.097	26.89%
		Mesetas	8.367	75.41%
		Puerto Rico	8.734	47.70%
		San Juan de Arama	5.574	62.29%
		Uribe	7.617	50.74%
	Vista Hermosa	15.762	65.26%	
Caquetá	Cartagena del Chairá	San Vicente del Caguán	22.671	71.05%
		Caguán	42.887	66.59%
		La Montañita	13.081	56.53%
Nariño	Nariño	Tumaco	174.684	93.37%
Arauca	Arauca	Arauca	71.683	84.62%
		Araucuita	31.564	78.94%
		Cravo Norte	3.159	92.15%
		Fortul	16.416	67.53%
		Puerto Rendón	3.701	95.61%
		Saravena	48.951	100.00%
		Tame	39.344	76.77%
Total cobertura municipios en consolidación				89.20%

Fuente: MSPS. BDUA

## 1.2 Régimen contributivo de salud

En cuanto al régimen contributivo, se ha pasado de 19.756.257 en 2011, a 19.957.672 afiliados en el último año completo.

**Tabla 4.**  
**Afiliados Régimen Contributivo**

Departamento	2010	2011	2012
Amazonas	11.523	12.381	12.585
Antioquia	2.996.966	3.204.671	3.220.651
Arauca	31.808	35.921	35.559
Atlántico	991.303	1.058.027	1.065.292
Bogotá D.C.	4.980.897	5.424.018	5.485.967
Bolívar	549.147	593.354	615.587
Boyacá	379.077	409.658	408.631
Caldas	375.570	403.415	401.225
Caquetá	64.659	67.160	66.901
Casanare	106.680	129.252	134.204
Cauca	241.178	251.696	252.692
Cesar	269.505	297.982	300.434



Departamento	2010	2011	2012
Choco	41.865	46.010	49.940
Córdoba	283.223	313.111	307.653
Cundinamarca	894.898	984.723	1.036.261
Guainía	3.284	3.740	3.604
Guaviare	10.698	11.796	11.297
Huila	268.203	294.300	295.929
La Guajira	135.817	153.023	154.211
Magdalena	331.707	361.048	369.059
Meta	339.689	383.743	392.206
Nariño	229.411	247.452	252.032
Norte de Santander	394.689	420.141	414.199
Putumayo	38.204	42.204	42.127
Quindío	210.766	223.615	222.991
Risaralda	446.514	476.311	469.334
San Andrés	28.462	30.637	34.179
Santander	916.385	988.076	1.010.707
Sucre	142.870	157.529	157.816
Tolima	410.033	444.778	445.987
Valle	2.164.887	2.279.011	2.280.491
Vaupés	2.432	2.454	2.596
Vichada	4.535	5.020	5.325
Total	<b>18.296.885</b>	<b>19.756.257</b>	<b>19.957.672</b>

Fuente: MSPS - Oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones. BDUA. Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación.

### 1.3 Unificación del Plan de Beneficios

Desde el 1 de julio de 2012, los 22.6 millones de personas del régimen subsidiado reciben el mismo plan de beneficios del régimen contributivo, un logro destacable en materia de equidad en el servicio.

Dicha unificación se logró dos años antes de lo previsto por la Ley 1393 de 2010. Se pasó de un sistema unificado para personas menores a 18 y mayores a 59 años a un sistema unificado para el 100% de la población.

A partir de la Unificación, los afiliados al Régimen Subsidiado tienen acceso no solo a la atención inicial de urgencias, sino a toda la atención de urgencias con cargo a la EPS. Además pueden disfrutar de aproximadamente 2.000 tecnologías en salud a las que antes no tenían acceso.



Algunos de los beneficios adquiridos son:

- Acceder tratamientos y consulta especializada cuando ha sido remitido por urgencias o cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados sin necesidad de pedir autorización en las Secretarías de Salud.
- Tener la posibilidad de hacer todos los trámites en un mismo punto de atención sin tener que acudir a las Secretarías de Salud por autorizaciones.
- Acceso y atención total de urgencias con cargo a las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- Hospitalizaciones con cargo a la EPS en cualquier Unidad de Cuidados Intermedios, por cualquier causa.
- Conservar los derechos adquiridos del Régimen Subsidiado en cualquiera de los servicios que el Régimen Subsidiado garantice y el Contributivo no.

El actual Plan Obligatorio de Salud:

- Garantiza la atención de todas las patologías y el acceso a 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.

Para el logro obtenido en los términos mencionados, se 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.

#### **1.4 Portabilidad**

Es importante hacer referencia a la portabilidad nacional del seguro en salud, anunciada en el artículo 22 de la ley 1438 de 2011. De acuerdo con esta norma, las EPS deberán garantizar el acceso a servicios de salud en el territorio nacional mediante acuerdos con las prestadoras de servicios a partir de 2013.

Durante el segundo semestre del 2012, el MSPS trabajó en un proyecto de decreto con un enfoque de garantía a los usuarios, supresión de trámites, obligaciones a los prestadores y aseguradores y mecanismos que viabilicen una mejor y más transparente relación asegurador prestador de manera que no se entorpezca el disfrute del derecho a la salud. Este proyecto se encuentra en trámite de revisión por parte de la Presidencia de la República.



## **Otros beneficios: Garantía de la continuidad en el Aseguramiento, periodos de carencias y pre-existencias**

Considerando que las reglas de la operación del Régimen Subsidiado permiten el retiro voluntario de las Entidades Promotoras de Salud de la Entidad Territorial en la que actúan como aseguradora y ante la revocatoria de la autorización de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción, se expidieron los Decretos 633 y 1955 de 2012, con el objeto de garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicios público de salud.

Entre las medidas a adoptar se destaca la alianza entre Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y entidades Territoriales. Esta estrategia fue materializada en el Departamento de Antioquia al constituirse la primera Entidad Promotora de Salud mixta, “Savia Salud”, conformada por la Caja de Compensación Familiar COMFAMA, el Departamento de Antioquia y el Municipio de Medellín. Se espera que las alianzas se apliquen en otros departamentos.

Por otra parte, a partir del año 2012 se comenzó a informar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre la prohibición de aplicar por parte de las EPS periodos de carencias a sus afiliados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 de la ley 1438 de 2011; así mismo, sobre la conducta que vulneran el sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud relacionada con la aplicación de pre existencias.

### **1.5 Pensiones y Riesgos Laborales**

#### ***Pensiones***

En marzo del 2013, se cuenta con 17.6 millones de afiliados al Sistema, de los cuales 11.0 millones están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad equivalente al 62.8% del total y 6.5 millones, afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, que representa el restante 37.2% de los afiliados.

Por su parte, el Fondo de Pensiones de Caprecom-FONCAP desapareció a partir del 1° de octubre de 2012, fecha de entrada de operación de Colpensiones, por cuanto el Decreto 2011 de 2012, ordenó que los afiliados del Fondo de Pensiones de Caprecom, pasaran a esa entidad.



Luego de la reestructuración del Sector de Telecomunicaciones, iniciada en 1994, los pensionados o sus beneficiarios de las distintas entidades que lo conformaban han venido descendiendo paulatinamente, pasando de 22.416 en 2012, a 22.350 en 2013, como resultado, principalmente, de fallecimientos y de sobrevivientes con niveles de escolaridad que al superar los 25 años de edad, pierden el derecho a la pensión de sobrevivientes.

### ***Riesgos Laborales***

El 11 de julio se expide la Ley 1562 de 2012, que modifica el Sistema General de Riesgos Laborales. Con dicha ley, se amplía el concepto y definición del sistema, al transitar de riesgos profesionales a riesgos laborales, se aumenta la cobertura, concreta un mayor control a los factores de riesgos en el ámbito laboral, regular el concepto de accidente de trabajo y enfermedad laboral y define el Ingreso Base de Liquidación para el reconocimiento de prestaciones económicas, entre otros aspectos.

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

A mayo de 2013, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Laborales-ARL. La distribución de la afiliación, en cuanto a trabajadores, es la siguiente: El 63.31% están en ARL privadas y 36.69% en la ARL Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 22.19% están afiliadas a las ARL privadas y el 77.81% a la ARL Positiva. El porcentaje de distribución tanto de trabajadores como empresas se ilustra en la siguiente tabla:

**Tabla 5.**  
**Distribución de Afiliados a ARL (mayo de 2013)**

Administradora de Riesgos Laborales-ARP	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
<b>ARL Positiva</b>	3.055.525	36,69	479.921	77,81
<b>Sura - Cia. Suramericana de Seguros de Vida</b>	1.938.478	23,28	53.496	8,67
<b>Seguros de Vida Colpatría S.A</b>	1.000.486	12,01	17.760	2,88
<b>Riesgos Profesionales Colmena</b>	706.772	8,49	27.031	4,38
<b>Liberty Seguros de Vida</b>	499.321	6,00	10.860	1,76
<b>Cia. de Seguros Bolívar S.A</b>	434.255	5,21	17.467	2,83
<b>Seguros de Vida la Equidad Organismo C.</b>	379.116	4,55	6.286	1,02



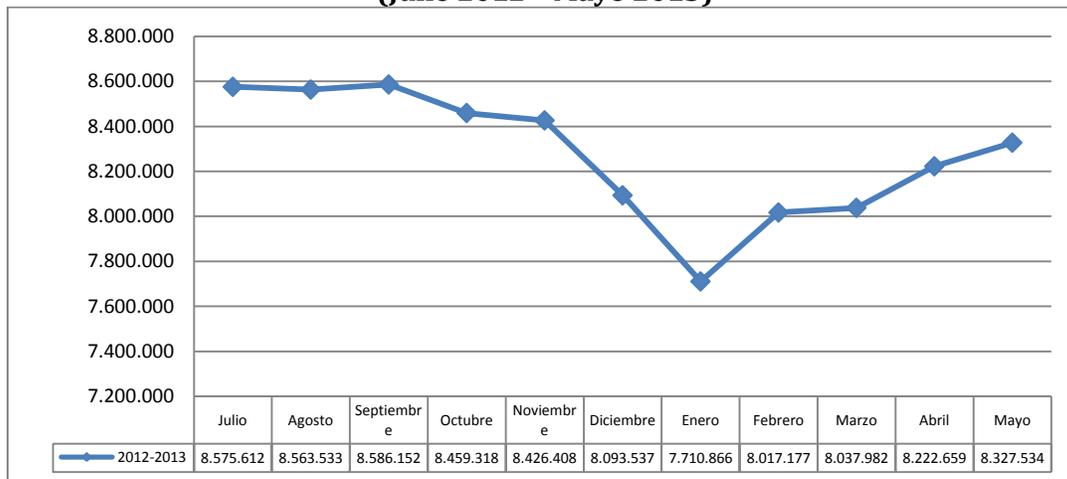
Administradora de Riesgos Laborales-ARP	Trabajadores		Empresas	
<b>Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.</b>	239.886	2,88	2.478	0,40
<b>Seguros de Vida Alfa S.A</b>	72.012	0,86	1.424	0,23
<b>Cia. de Seguros de Vida Aurora S.A</b>	1.683	0,02	72	0,01
<b>Total general</b>	<b>8.327.534</b>	<b>100,00</b>	<b>616.795</b>	<b>100,00</b>

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

### Trabajadores afiliados

Para el cuatrienio 2010–2014, se estableció como meta aumentar en 2.000.000 el número de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. En el período comprendido entre julio de 2010 a mayo de 2013, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 6.766.192 a 8.327.534, representando un crecimiento del 23.08% (1.561.342 nuevos afiliados). El comportamiento del periodo julio de 2012 a mayo de 2013 se aprecia en la siguiente gráfica:

**Gráfica No. 1**  
**Afiliación de los Trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales**  
**(Julio 2012 - Mayo 2013)**

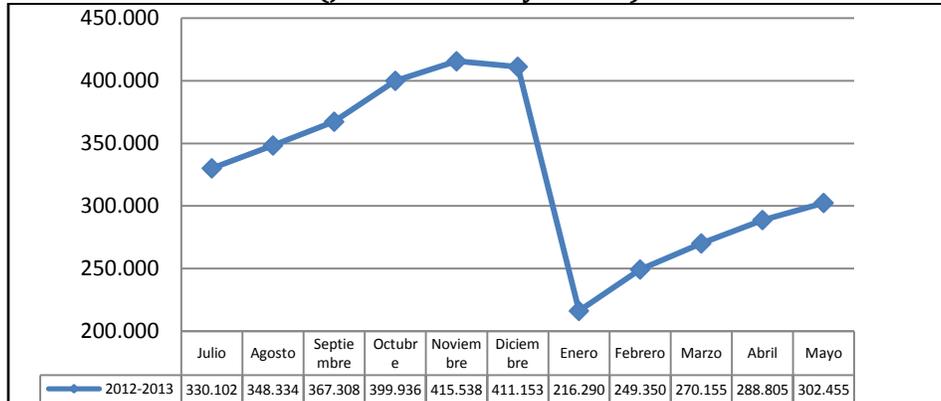


**Fuente:** Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSyPS y Administradoras de Riesgos Laborales.

En cuanto a la cobertura de los trabajadores independientes con orden de prestación de servicios, en el período julio de 2012 a mayo de 2013, pasó de 330.102 a 302.455, respectivamente (ver siguiente gráfica):



**Gráfica No. 2**  
**Afiliación de Trabajadores Independientes al Sistema General de Riesgos Laborales (julio 2012-mayo 2013)**

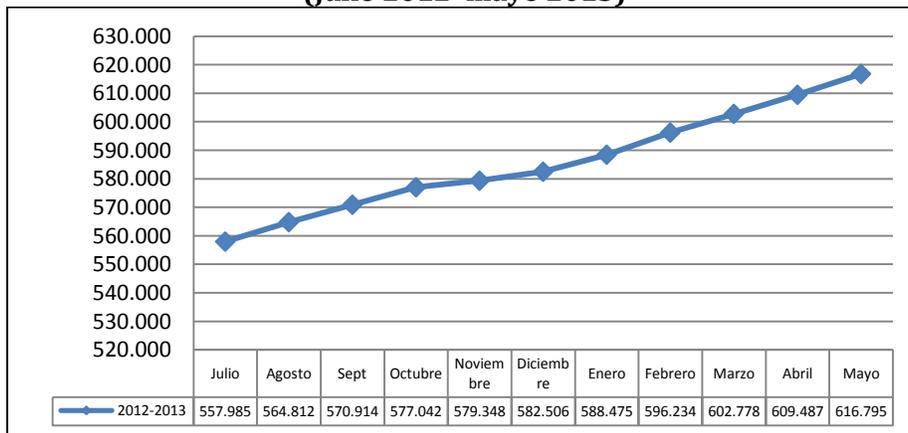


**Fuente:** Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSyPS - Administradoras de Riesgos Laborales.

### 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 2012-mayo 2013, las empresas afiliadas al Sistema pasaron de 557.985 a un total de 616.795, presentado un aumento de 58.810 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del Sistema para sus afiliados (ver gráfica siguiente):

**Gráfica No. 3**  
**Empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Laborales (julio 2012-mayo 2013)**



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

Reglamentación de la Ley 1562 de 2012, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social:



**Tabla 6.**  
**Reglamentación Ley 1562**

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

Próximos a expedir:

- “Afiliación de los miembros voluntarios activos convocados por el Subsistema Nacional de Primera Respuesta al Sistema General de Riesgos Laborales”; está pendiente la consecución de recursos por parte del Ministerio del Interior.
- “Afiliación obligatoria al Sistema General de Riesgos Laborales de los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas, cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios e involucra un riesgo ocupacional”; está pendiente del visto bueno por parte de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.



## 2. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ATENCION PRIMARIA, TECNOLOGIAS EN SALUD Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

### 2.1 Ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de Servicios de salud

Se brindó asistencia técnica a la totalidad de las direcciones departamentales de salud, con el propósito de revisar y actualizar el diseño de las redes públicas de prestación de servicios de salud, determinar los requerimientos de ajuste teniendo en cuenta las necesidades de la demanda y la capacidad instalada en los prestadores privados y dimensionar los requerimientos de recursos para el desarrollo de acciones de reorganización de las Empresas Sociales del Estado, saneamiento financiero y mejoramiento de su capacidad instalada.

Durante la vigencia 2012 y con el fin apoyar la cofinanciación de las acciones de reorganización y rediseño de la oferta de prestación de servicios y saneamiento de las IPS públicas en el marco de la red de prestación de servicios de salud, se distribuyeron por parte de la Nación recursos por \$56.000 millones, de la siguiente manera:

**Tabla 7.**  
**Recursos de la Nación distribuidos para la cofinanciación**  
**acciones de reorganización y rediseño de la oferta de prestación de servicios**  
**Vigencia 2012**

Departamento	Valor distribuido (Millones \$)
Antioquia	36.742
Bolívar	14.945
Caldas	4.313
<b>Total</b>	<b>56.000</b>

Fuente: Resolución 4501 de 2012 del MSPS

El seguimiento de la gestión territorial y de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, se realizó a través de diferentes herramientas entre las que se destaca: (i) la evaluación del cumplimiento de las metas y compromisos incluidos en los convenios de desempeño suscritos entre la Nación y las entidades territoriales para la implementación del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud;(ii) la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, tal como se muestra más adelante; y, (iii) la determinación del riesgo de las entidades territoriales en la competencia de



prestación de servicios de salud, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Ley 028 de 2008.

## **2.2 Sistema Único de Habilitación**

Durante el periodo del informe se realizaron las acciones de análisis y concertación de propuestas de ajuste a la norma que regula los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios.

Lo anterior involucró acciones conjuntas con Direcciones Territoriales de Salud, con entidades adscritas al Ministerio de Salud y con otros Ministerios, en los aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud.

Como resultado, el 6 de mayo de 2013 se expidió la Resolución 1441, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios.

De otra parte, en cumplimiento del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, relacionado con la habilitación y verificación de los servicios oncológicos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se celebró, con el Instituto Nacional de Cancerología, un convenio interadministrativo para la verificación de las condiciones de habilitación de dichos servicios en todo el territorio nacional.

En relación con la atención de pacientes con cáncer, igualmente, en el marco de lo dispuesto en las Leyes 1384 y 1388 de 2010, adicional a las modificaciones incorporadas en la Resolución 1441 de 2013, se expidieron las Resoluciones 1419 y 4504 de 2012, que establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y de las unidades integrales para la atención integral del cáncer.

## **2.3 Planes de gestión de las IPS**

En cumplimiento de lo preceptuado en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 710 de 2012, mediante la cual se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión, por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.



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

## 2.4 Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS

La Ley 1438 de 2011, dispone que las Empresas Sociales del Estado, en función de sus condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera, deberán ser categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y aquellas categorizadas en riesgo medio o alto, deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

En este marco, el Ministerio elaboró una metodología de categorización, que tiene en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones, operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes, involucrando una proyección de recaudo de cartera y, es diferencial para aquellas entidades que operan en condiciones de mercado especiales.

Dicha metodología fue adoptada mediante la Resolución 2509 de 2012, norma en la que se efectuó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2012. En la siguiente tabla se presenta el resultado de la categorización.

**Tabla 8.**  
**Categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial**  
**Vigencia 2012**

Riesgo	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
<b>Sin riesgo</b>	280	34	45	36	13	57	338	35
<b>Riesgo bajo</b>	199	24	24	20	4	17	227	24
<b>Riesgo medio</b>	75	9	14	11	2	9	91	9
<b>Riesgo alto</b>	267	33	41	33	4	17	312	32
<b>Total General</b>	<b>821</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>968</b>	<b>100</b>

Fuente: Resolución 2509 de 2012 del MSPS

Posteriormente, con el fin de que las entidades territoriales y las Empresas Sociales del Estado, categorizadas en riesgo medio o alto, contaran con los elementos para el diseño y adopción de los programas de saneamiento fiscal y financiero, mediante la Resolución 3467 de 2012, se adoptó el Manual de condiciones que contiene los



lineamientos para: (i) la elaboración de los documentos de análisis de la situación institucional; (ii) el diseño de las medidas para la superación de las causas asociadas al riesgo; (iii) la definición del flujo financiero de la ESE; y, (iv) la determinación de una matriz de seguimiento del programa.

Es necesario destacar que el artículo 8 de la Ley 1608 de 2013, amplió el marco regulatorio de los Programas de saneamiento fiscal y financiero, precisando el alcance de los mismos y asignando en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de manera concertada con el Ministerio de Salud y Protección Social, los procesos de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de estos programas.

En ese contexto, se formuló y expidió de manera conjunta, entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social, el Decreto 1141 de 2013, que determina los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Por último, teniendo en cuenta la metodología de categorización definida en 2012, se expidió la Resolución 1877 de 2013, que efectúa la categorización para dicha vigencia, y que dadas las modificaciones al marco regulatorio, mantiene la categorización en riesgo medio y alto de aquellas entidades que fueron categorizadas así mediante la Resolución 2509 de 2012.

**Tabla 9.**  
**Categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial**  
**Vigencia 2013**

Riesgo	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Sin riesgo	269	33	31	25	11	48	311	32
Riesgo bajo	91	11	20	16	5	22	116	12
Riesgo medio	105	13	20	16	3	13	128	13
Riesgo alto	356	43	52	42	4	17	412	43
<b>Total General</b>	<b>821</b>	<b>100</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>967</b>	<b>100</b>

Fuente: Resolución 1877 de 2013 del MSPS

## 2.5 Estrategia de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud

El país ha venido trabajando desde décadas pasadas, acciones tendientes a implementar los conceptos que hacen parte de la estrategia de Atención Primaria en



Salud -APS-, con alcances, desarrollos y avances diferenciales. En ese contexto, con el objeto de analizar los avances en APS a nivel regional, se llevaron a cabo una serie de jornadas de trabajo con representantes de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Fruto de lo anterior, se evidenció la diferencia de enfoques y propuestas en el desarrollo de la Atención Primaria por parte de las entidades territoriales y agentes del sistema (aseguradores y prestadores), agremiaciones y organizaciones sociales.

Adicionalmente, el Ministerio publicó en la página web un proyecto de decreto sobre la regulación de redes integradas de servicios de salud, propuesta que fue objeto de múltiples y encontrados comentarios, por lo que se inició un proceso de análisis para la estructuración de alternativas de redes de prestadores de servicios de salud que funcionalmente puedan resultar compatibles con mecanismos que posibiliten mejoras en los procesos inherentes a la APS (accesibilidad, oportunidad calidad, integralidad y resolutivez); pero también considerando tanto la perspectiva del marco legal de la Ley 1438, como de la iniciativa de reforma planteada en el Proyecto de Ley 210 de 2013.

De esta manera, siendo la APS una estrategia que data desde 1979, con aplicaciones disímiles en todo el país y enormes dificultades en su aplicación, bajo el contexto del antiguo sistema nacional de salud y del actual SGSSS, antes que constituirse en un fin, el Ministerio procura generar un marco instrumental y regulatorio a través del cual sea factible y viable mejorar los aspectos atinentes a la Atención Primaria antes referidos.

Esos aspectos, que son estructurales, son abordados en el Proyecto de Ley 210 de 2013, haciendo factible que los recursos que financian los servicios y los incentivos al desempeño, en función de los resultados en salud, la adecuada gestión en la prestación y calidad del servicio, se asignen de manera apropiada y puedan ser visibles, monitoreados y reconocidos.

## **2.6 Sistema Único de Acreditación**

El Decreto 1011 de 2.006, definió que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, debería guardar coherencia con la intencionalidad de los estándares de acreditación. Así, estos procesos han sido trabajados por las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en diferentes grados de avance, lo cual ha implicado un proceso de asistencia territorial permanente y continuo por parte de la Oficina de Calidad, hacia el tema de cumplimiento en los estándares definidos para la acreditación de Direcciones Territoriales en aspectos de función



política, función de inteligencia, atención a las personas, a la población y al medio ambiente y función de apoyo.

**Gráfica No. 4**  
**Sistema Único de Acreditación**  
**Estándares Definidos para Direcciones Territoriales**



Fuente: Oficina de Calidad MSPS. Res. 3960 de 2008

El componente de asistencia territorial en este aspecto, se ha convertido en una solicitud constante por parte de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a partir de lo cual se ha desarrollado una estrategia que ha permitido determinar, en conjunto, las prioridades a desarrollar y la necesidad de redefinir aspectos para el cumplimiento de las políticas gubernamentales en referencia a procesos de acreditación. Durante la vigencia 2013, se han llevado a cabo asistencias territoriales a los Departamentos y Distritos de: Atlántico, San Andrés y Providencia, Quindío, Valle del Cauca, Cesar y Bogotá.

En desarrollo del Sistema Único de Acreditación, a la fecha se encuentran acreditadas 27 instituciones prestadoras de servicios de salud, 9 de ellas públicas y 18 privadas, dos (2) de ellas en lo corrido del año 2013.

Con el fin de fortalecer este proceso, se formuló una propuesta de incentivos a la acreditación por parte de los prestadores. Algunos de éstos son: (i) un plan de medios a desarrollarse por parte del Ministerio para posicionamiento del sistema involucrando referenciación competitiva; (ii) valoración de la implementación de la



acreditación en las empresas sociales del Estado, para efectos de la evaluación de la gestión de los gerentes; (iii) priorización de las entidades acreditadas en el Programa de Transformación Productiva y en los proyectos de exportación de servicios de salud con Proexport y referenciación competitiva internacional; y, (iv) reducción del pago de cuotas a las administradoras de riesgos laborales que realicen entidades acreditadas, mejorando la clasificación de riesgo que se defina tanto para la parte asistencial como administrativa.

## **2.7 Sistema de Evaluación y Calificación de actores del SGSS**

El Sistema de Evaluación de Actores es un proyecto de largo plazo, con diversas etapas en su desarrollo y que requiere del concurso de los actores mismos, para establecer su implementación y mejoramiento continuo. En su inicio se utilizaron las fuentes de información disponibles, para medir el alcance de éstas, lográndose unos primeros resultados que hicieron evidentes la necesidad del mejoramiento de las fuentes de información.

Este Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, tiene por objeto la evaluación del desempeño y resultados de IPS, EPS y Entidades territoriales, para que apoyen la toma de decisiones por parte del usuario, corrijan las asimetrías de información y sean un incentivo para el mejoramiento de la calidad. Además, se convierten en un insumo para los entes encargados de la inspección, vigilancia y control para hacer seguimiento a quienes no logran los resultados esperados a fin de tomar las medidas pertinentes.

Para lograr este objetivo, el Ministerio definió un plan de trabajo para la implementación del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, en cumplimiento del artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Este sistema se implementa de manera articulada con las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública, en cuanto a las funciones que debe cumplir cada uno de los actores dentro del sistema y otros lineamientos de política del sector salud. De forma conjunta con la Dirección de Epidemiología y Demografía y la Oficina de Tecnologías de la Información, se lleva a cabo un proceso de integración de fuentes e inclusión de nuevas herramientas que apoyen el análisis de la información.

La estructuración del Sistema se ha realizado en las cuatro fases que se definieron: en la primera fase se construyó el catálogo unificado de los indicadores útiles para la evaluación, consolidados en un solo lugar y estructurados de acuerdo con dimensiones de análisis claras. En la segunda fase se priorizaron los indicadores con base en un conjunto de criterios objetivos discutidos con expertos metodólogos y técnicos de cada tema al interior del Ministerio, en el marco de las prioridades nacionales en salud y los objetivos del SGSSS. Después de haber avanzado en estas



dos fases, se complementó el trabajo con una revisión de la literatura, información con la cual se definió un marco conceptual del sistema, que enmarca y aclara su alcance en el contexto de las diferentes mediciones que se realizan en dicho sistema.

En la tercera fase se ha logrado, a través de un proceso de discusión técnica con equipos especializados, afinar los indicadores propuestos, de manera que estén dirigidos a la medición específica de cada uno de los actores; para esto, se han tomado referentes internacionales, en especial, la reciente invitación a Colombia para ser parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico–OECD que ha puesto una nueva prioridad en la implementación de los indicadores que utiliza para la medición del desempeño del sistema de salud.

La cuarta fase es dependiente de las anteriores. Está planeada como un período de mejoramiento continuo, revisión y evaluación del producto. Hasta ahora no se ha alcanzado este punto.

## **2.8 Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS**

En el año 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de la Oficina de Calidad, realizó la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS<sup>2</sup>, donde las afiliados de ambos regímenes evaluaron los servicios que prestan las EPS. Específicamente se busca que los usuarios califiquen el desempeño de las EPS, a partir de la experiencia cuando usan los servicios de salud. Al mismo tiempo, permite establecer el nivel de satisfacción del usuario acerca de la calidad desde diferentes dimensiones. Esta encuesta se convierte en un insumo para la generación de un Ranking u Ordenamiento de las EPS, siendo también una línea de base para la medición de las directrices y normatividad que se establecen desde el Ministerio.

Para el último trimestre del año 2013 se tiene prevista la realización de la segunda versión de la misma encuesta. El cuestionario mantendrá las preguntas con las cuales se estableció una de las dimensiones del ordenamiento de las EPS, de manera que se garantice la comparabilidad; además, buscará mejorar la información sobre temas claves, como la entrega de medicamentos, la función de representación del usuario, los motivos de quejas o las razones por las cuales no se interponen quejas.

Es importante resaltar que en mayo de 2013, se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Defensoría del Pueblo, donde se definió que la Defensoría acompañaría todo el proceso de elaboración de la encuesta, fortaleciendo de esta manera los aspectos técnicos y contribuyendo en la difusión de los resultados. Resultado de dicho convenio, se generó el ranking de las EPS, usando la información

---

<sup>2</sup> Los resultados obtenidos de esta encuesta se pueden consultar en <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>.



del Sistema de Evaluación de Actores, donde se encuentra incluida la encuesta que evaluó de manera representativa a cada una de las EPS y permitió ordenarlas según la calificación que le dan sus afiliados a los servicios que han recibido de estas. Este ranking se complementó con la evaluación del respeto a los derechos, usando como criterios aquellos que indicó la Honorable Corte Constitucional en la sentencia T-760 y los autos posteriores de seguimiento, y una tercera dimensión que son los resultados en salud y el proceso de atención de cada EPS. De esta manera se articularon por lo menos 8 fuentes de información diferentes, que dan un amplio panorama del desempeño de estos actores.

La Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS debe convertirse en una medición de alto valor para la calificación de estos actores en el sistema, porque mide de primera mano la calificación que los usuarios dan a las EPS a la que están afiliados. Esta se convierte en un complemento perfecto para otras mediciones más objetivas, que permite establecer una correlación entre los resultados de diversos indicadores y la calificación y percepción que tienen los usuarios.

Los resultados de este ranking pueden consultarse en la página <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Ordenamiento-%E2%80%93Ranking-de-Actores.aspx>. De este ranking puede apreciarse que sí existe una diferencia entre las diferentes EPS, donde unas cumplen un mejor papel que otras.

**Tabla 10.**  
**Resultados del Ranking EPS**  
**Régimen Contributivo**

CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
EPS001	ALIANSA SALUD	BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
EPS002	SALUD TOTAL	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO
EPS003	CAFESALUD	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS005	SANITAS	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS008	COMPENSAR	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPS009	COMFENALCO ANTIOQUIA	MEDIO - BAJO	ALTO	ALTO
EPS010	EPS   SURA.	MEDIO - ALTO	ALTO	ALTO
EPS012	COMFENALCO VALLE	MEDIO - BAJO	ALTO	ALTO
EPS013	SALUDCOOP	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
EPS014	HUMANAVIVIR	BAJO	BAJO	BAJO
EPS015	SALUD COLPATRIA	ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
EPS016	COOMEVA	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
EPS017	FAMISANAR	MEDIO - ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPS023	CRUZ BLANCA	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPS033	SALUDVIDA	MEDIO - ALTO	BAJO	BAJO
EPS037	NUEVA EPS	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPS039	GOLDEN GROUP	BAJO	BAJO	BAJO

**Fuente:** Cálculos Convenio 319 del 17 de mayo de 2013 Defensoría del Pueblo y MSPS.



**Tabla 11.**  
**Resultados del Ranking EPS**  
**Régimen Subsidiado**

CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
CCF002	CCF ANTIOQUÍA "COMFAMA"	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	BAJO
CCF007	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"	ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO
CCF009	CCF BOYACÁ "COMFABOY"	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
CCF015	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
CCF018	CCF CAFAM	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO
CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	BAJO	MEDIO - ALTO	ALTO
CCF024	CCF HUILA "CONFAMILIAR HUILA"	MEDIO - BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
CCF027	CCF DE NARIÑO	ALTO	MEDIO - BAJO	ALTO
CCF033	CCF DE SUCRE	ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
CCF053	CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"	BAJO	BAJO	BAJO
CCF055	CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	MEDIO - ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO
CCF101	CCF COLSUBSIDIO	BAJO	BAJO	BAJO
CCF102	CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	BAJO
EPS020	CAPRECOM	BAJO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPS022	CONVIDA	MEDIO - ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPS025	CAPRESOCA	ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
EPSI01	DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPSI02	MANEXKA (EPS-I ZENU)	BAJO	MEDIO - BAJO	ALTO
EPSI03	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
EPSI04	ANAS WAYUU (EPS-I)	ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPSI05	MALLAMAS (EPS-I)	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPSI06	PIJAOS SALUD (EPS-I)	MEDIO - BAJO	ALTO	BAJO
EPSS03	CAFESALUD	MEDIO - ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO
EPSS14	HUMANAVIVIR	MEDIO - BAJO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPSS33	SALUDVIDA	BAJO	BAJO	BAJO
EPSS34	CAPITAL SALUD	BAJO	BAJO	ALTO
ESS024	COOSALUD	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
ESS062	ASMET SALUD	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
ESS076	AMBUQ (BARRIOS UNDOS DE QUIBDO)	MEDIO - BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
ESS091	ECOOPSOS	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	BAJO
ESS118	EMSSANAR	ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
ESS133	COMPARTA	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
ESS207	MUTUAL SER	ALTO	ALTO	ALTO

Fuente: Cálculos Convenio 319 del 17 de mayo de 2013 Defensoría del Pueblo y MPS.

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

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



Dicha evaluación, desarrollada por una consultoría externa, compara los resultados financieros y de eficiencia de los hospitales incluidos en convenios de desempeño en el marco del programa, frente a los no incluidos.

## **2.10 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad**

### ***Sistema de Información para la Calidad***

Es importante anotar que el Sistema de Información para la calidad (SIC) del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), reglamentado mediante la Resolución 1446 de 2006, establece una serie de indicadores dirigidos a evaluar aspectos sobre: calidad técnica, gerencia del riesgo, accesibilidad, oportunidad y lealtad del usuario a las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB.

De acuerdo al informe entregado por la Superintendencia Nacional de Salud<sup>3</sup> para el segundo semestre de la vigencia 2012, la oportunidad en la asignación de citas para consulta de Medicina Especializada en las especialidades básicas de Cirugía General, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría se encontró en 8.67 , 8.49 , 12.31 y 6.39 días respectivamente.

El Sistema de Información para la calidad se ha convertido en una estrategia sistemática de mejoramiento para las IPS y EPS, fortaleciendo los procesos de seguimiento y la evaluación de la gestión de la calidad en la atención en salud, y convirtiéndose en un insumo para la referenciación por calidad. Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1552 del 14 de Mayo de 2013, mediante la cual se establecieron medidas para el mejoramiento de las oportunidades y acceso a citas por especialista: Agendas abiertas para asignación de citas, autorizaciones para consultas de medicina especializada no mayores a los 5 días hábiles, gestión para las citas de medicina especializada a pacientes gestantes y pacientes con cáncer, entre otros.

Es importante resaltar que la cultura generada a través de la recolección de la información para el reporte de los indicadores a la Superintendencia Nacional de Salud, ha permitido que las diferentes IPS del país, participen en ejercicios de comparación de indicadores a nivel internacional y es así como en el Ranking de

---

<sup>3</sup> [http://www.Supersalud.gov.co/conozcanos/atención en salud/Informe Indicadores de Calidad IPS Vigencia 2012](http://www.Supersalud.gov.co/conozcanos/atención%20en%20salud/Informe%20Indicadores%20de%20Calidad%20IPS%20Vigencia%202012)



Clínicas y Hospitales para América Latina en el 2012, encontramos a 16 de nuestras clínicas y Hospitales (40%), haciendo parte de esta distinción<sup>4</sup>.

**Tabla 12.**  
**Ranking de Clínicas y Hospitales para América Latina**  
**Año 2012**

RK 12	RK 11	Hospital o clínica	País	Ciudad	Tipo de Hospital	Nº Egresos 2011
1	1	Hospital Israelita Albert Einstein	BR	São Paulo	Privado	45,988
2	2	Clínica Alemana	CL	Santiago	Privado	29,05
3	4	Clínica Las Condes	CL	Santiago	Privado	23,957
4	3	Fundación Santa Fe	CO	Bogotá	Privado	13,897
5	6	Hospital Samaritano de São Paulo	BR	São Paulo	Privado	16,341
6	5	Hospital Clínica Bíblica	CR	San José	Privado	4,461
7	8	Fundación Valle del Lili	CO	Cali	Privado	17,734
8	10	Fundación Cardioinfantil	CO	Bogotá	Privado	13,406
9	14	Fundación Cardiovascular de Colombia	CO	Bucaramanga	Privado	4,718
10	7	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	BR	São Paulo	Privado	16,216
11	12	Médica Sur	MX	C. de México	Privado	36,464
12	15	Hospital Universitario Austral	AR	Buenos Aires	Privado	9,436
13	11	Hospital Alemán	AR	Buenos Aires	Privado	14,375
14	9	Hospital Moinhos de Vento	BR	Porto Alegre	Privado	17,687
15	-	Hospital São Vicente de Paulo	BR	Rio de Janeiro	Privado	5,358
16	-	Hospital Metropolitano	EC	Quito	Privado	10,865
17	23	Clínica Internacional	PE	Lima	Privado	14,181
18	24	Hospital Pablo Tobón Uribe	CO	Medellín	Privado	12,387
19	18	Hospital San Ignacio de Bogotá	CO	Bogotá	Privado	22,206
20	25	Centro Médico Imbanaco	CO	Cali	Privado	8,783
21	20	Policlínica Metropolitana	VE	Caracas	Privado	11,248
22	21	Clínica Ricardo Palma	PE	Lima	Privado	16,927
23	-	Junta de Beneficencia de Guayaquil	EC	Guayaquil	Privado	91,099
24	17	San Vicente de Paul Medellín	CO	Medellín	Privado	22,315
25	13	Sanatorio Americano	UY	Montevideo	Privado	9,634
26	27	Clínica Las Américas	CO	Medellín	Privado	12,705
27	16	Hospital Clínico U. de Chile	CL	Santiago	Público	23,528
28	19	Clínica Angloamericana	PE	Lima	Privado	4,641
29	35	Roosevelt	CO	Bogotá	Privado	6,214
30	-	Foscal	CO	Bucaramanga	Privado	15,904
31	22	Hospital General de Medellín	CO	Medellín	Público	18,844
32	36	Hospital Edmundo Vasconcelos	BR	São Paulo	Privado	12,524
33	-	Hospital de Clínicas Caracas	VE	Caracas	Privado	15,774
34	32	Clínica León XIII	CO	Medellín	Público	23,013
35	43	Clínica del Occidente	CO	Bogotá	Privado	12,204
36	-	Clínica Marly	CO	Bogotá	Privado	8,117
37	30	Hospital Sótero del Río	CL	Santiago	Público	44,463
38	-	Clínica Medellín	CO	Medellín	Privado	9,918

**Fuente:** Ranking de Clínicas y Hospitales 2012. Revista Internacional América Economía

<sup>4</sup> <http://rankings.americaeconomia.com/2012/clinicas-y-hospitales/>



En este Ranking se evaluó la gestión de las instituciones participantes en seis dimensiones: Seguridad y dignidad del paciente, capital humano, capacidad, gestión del conocimiento, eficiencia y prestigio. Se destacó, especialmente, la dimensión de seguridad, dando cuenta de bajos niveles de presentación de eventos adversos, tomando como indicadores de medición: la tasa de infección intrahospitalaria, los reingresos por el mismo diagnóstico y los procedimientos adecuados para asegurar resultados, los cuales han hecho parte de la medición de indicadores del Sistema de Información para la Calidad. Así mismo, se destacaron 16 instituciones colombianas: Fundación Santa Fe, Fundación Valle de Lili, Fundación Cardioinfantil, Fundación Cardiovascular de Colombia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Centro Médico Imbanaco, San Vicente de Paúl Medellín, Clínica Las Américas, Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Foscal, Hospital General de Medellín, Clínica León XIII, Clínica de Occidente, Clínica Marly y Clínica de Medellín.

Con el propósito de unificar criterios de reporte en las diferentes IPS del país, se han realizado talleres de asistencia técnica a los departamentos del Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, San Andrés y Providencia, Atlántico, Magdalena, Cesar, Quindío, entre otros, con una participación de 789 líderes de diferentes procesos en las IPS, EPS y Direcciones Territoriales.

**Tabla 13.**  
**Asistencia Técnica- Sistema de Información para la Calidad – Año 2013**

MES	DEPARTAMENTO	No. DE ASISTENTES IPS		No. DE ASISTENTES EPS		No. DE ASISTENTES DTS	No. DE ASISTENTES OTROS	No. DE ASISTENTES TOTAL
		PÚBLICA	PRIVADA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO			
<b>Enero</b>	Quindío	0	0	0	0	4	0	4
<b>Abril</b>	Bogotá D.C.	24	0	0	0	63	10	97
	Magdalena	0	0	0	0	1	0	1
	Atlántico	27	0	0	0	22	12	61
	San Andrés	0	0	0	0	15	0	15
	Chocó	0	0	0	0	1	0	1
<b>Mayo</b>	Valle del Cauca	34	2	0	0	58	24	118
	Caldas	46	59	0	0	9	0	114
	Risaralda	56	7	1	0	4	1	69
<b>Junio</b>	Cesar	75	70	6	0	66	7	224
	Quindío	0	0	0	0	15	0	15
	Cauca	28	33	0	0	9	0	70
<b>TOTAL 2013</b>		290	171	7	0	266	54	<b>789</b>

**Fuente:** Seguimiento Asistencia Territorial. Sistema de Información para la Calidad. MSPS. Oficina de Calidad.



Se ha llevado a cabo un proceso de análisis de los resultados reportados por las IPS y EPS, estudiando, a partir de la experiencia, la recolección sistemática de la información obtenida en años anteriores y la definición del Sistema de Evaluación de Actores, con el fin de obtener acciones de mejora que permitan la redefinición, la medición, la restructuración de fichas técnicas y unificación de fuentes de datos. Adicionalmente, se llevó a cabo un almacenamiento de los datos reportados a la Supersalud por las IPS, en el módulo de SISPRO, facilitando la consulta de los resultados de los diferentes indicadores.

## 2.11 Guías de atención

En el 2012 se completó el desarrollo de 25 Guías de Práctica Clínica GPC, dentro del marco de la Convocatoria 500 del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colciencias. Al término de la elaboración de los documentos finales de las guías, se sometieron a una evaluación por pares nacionales e internacionales, quienes dieron su aval por la alta calidad de los productos entregados por los grupos desarrolladores de guías.

De manera simultánea el Ministerio inició el plan para lograr la implementación de las recomendaciones que contienen las GPC. Dentro de esto se encuentra la adopción de estas GPC, para el manejo del cáncer de colon y recto, seno, próstata y leucemias en niños, con lo que se avanza en la reglamentación de las Leyes 1388 y 1384 de 2010, que se ocupan del cáncer y del cáncer infantil, respectivamente. Complementario a esto, se desarrollaron los medios para difusión de los contenidos de estas primeras guías, a través de una página web y aplicaciones para dispositivos móviles.

Las Guías de Práctica Clínica producto de esta primera convocatoria son las que se encuentran a continuación:

**Tabla 14.**  
**Guías de Práctica Clínica**

GPC-2013-01	Guía de práctica clínica (GPC) Para el Diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de Asma	Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica - Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología
GPC-2013-02	Guía de práctica clínica del recién nacido sano	Pontificia Universidad Javeriana
GPC-2013-03	Guía de práctica clínica Detección de anomalías congénitas en el recién nacido	
GPC-2013-04	Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro	
GPC-2013-05	Guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio	
GPC-2013-06	Guía de práctica clínica Recién nacido: sepsis neonatal temprana	
GPC-2013-07	Guía de práctica clínica del recién nacido con asfisia perinatal	



<b>GPC-2013-08</b>	Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años	Universidad de Antioquia
<b>GPC-2013-09</b>	Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico y seguimiento de leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide aguda en niños, niñas y adolescentes	Universidad Nacional de Colombia
<b>GPC-2013-10</b>	Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin en niños, niñas y adolescentes	Universidad Nacional de Colombia
<b>GPC-2013-11 a 15</b>	Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: *Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. *Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. *Infecciones en el embarazo: Ruptura prematura de Membranas (RPM). *Infecciones en el embarazo: Toxoplasmosis. *Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. *Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupción de placenta y hemorragia posparto)	Universidad Nacional de Colombia
<b>GPC-2013-16</b>	Guía de práctica clínica para el abordaje sintomático del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital	Universidad Nacional de Colombia
<b>GPC-2013-17</b>	Guía de práctica clínica para pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo	Universidad de Antioquia
<b>GPC-2013-18</b>	Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA)	Pontificia Universidad Javeriana – Fundación Cardioinfantil – Sociedades científicas de Medicina Interna, Nefrología y Cardiología
<b>GPC-2013-19</b>	Guía de práctica clínica para el Detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama	Instituto Nacional de Cancerología ESE
<b>GPC-2013-20</b>	Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto	Instituto Nacional de Cancerología ESE
<b>GPC-2013-21</b>	Guía de práctica clínica para el Diagnóstico de cáncer de próstata. Atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata	Instituto Nacional de Cancerología ESE
<b>GPC-2013-22</b>	Guía de práctica clínica para la Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente	Pontificia Universidad Javeriana
<b>GPC-2013-23</b>	Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol	Pontificia Universidad Javeriana

**Fuente:** Convocatoria 500 del Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación-Colciencias, 2009

Hay 11 nuevos temas priorizados, en los cuales ya se están desarrollando nuevas GPC, donde se encuentran las enfermedades raras, cáncer, enanismo, epilepsia y otros. Los criterios de priorización que se utilizan para establecer los temas para desarrollo de nuevas GPC, incluyen las leyes para patologías específicas que han sido promulgadas en años anteriores.

Las GPC, son para el Ministerio de Salud, una herramienta para mejorar la calidad de la atención en salud y los resultados en salud. No pretenden coartar la autonomía profesional y es por eso que se han adoptado como referentes necesarios en la



atención. Las GPC son mapas que orientan al personal de salud en el proceso de atención.

## 2.12 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

Con el objetivo de implementar acciones de apoyo a la reducción de vulnerabilidad sísmica estructural de IPS públicas, ubicadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia, clasificadas como edificaciones indispensables por el reglamento colombiano de sismo resistencia, durante el período de reporte se realizaron acciones de asistencia técnica y capacitación a nivel nacional para la formulación y ejecución de proyectos de refuerzo estructural en cumplimiento de la Leyes 400 de 1997, 715 de 2001 y la Norma NSR-10. La asignación y seguimiento a la ejecución de recursos de la Nación para el desarrollo de obras de reforzamiento estructural en IPS públicas, se muestra como sigue:

**Tabla 15.**  
**Recursos de la Nación distribuidos para la cofinanciación de acciones de reforzamiento estructural de IPS públicas**  
**Vigencia 2012**

Departamento	Municipio	IPS	Valor distribuido (Millones \$)
Cauca	Popayán	ESE Hospital Susana López Valencia	1.805
Cundinamarca	Bogotá	ESE Hospital Universitario La Samaritana	2.984
Norte de Santander	Cúcuta	ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	5.360
Valle del Cauca	Palmira	ESE Hospital San Vicente de Paúl	4.939
<b>Total</b>			<b>15.088</b>

Fuente: Resoluciones de distribución No. 4254, 4118,4341, 3812 del MSPS

Para este propósito, en la vigencia 2013 se disponen \$15.000 millones.

De otra parte, en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, en la que se prevé la elaboración, por parte de departamentos y distritos, de planes bienales de inversiones públicas en salud, complementado en la Ley 1438 de 2011, que introduce los planes bienales de inversiones en las entidades municipales, se actualizó la reglamentación de dichos aspectos, mediante la expedición de la Resolución 2514 de 2012, por la cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de dichos planes.



En ejecución de la mencionada norma, se evaluaron los planes bienales presentados por 30 Departamentos y 4 Distritos con un consolidado de 2.363 proyectos de infraestructura, 122 de dotación en servicios de control especial, y una inversión programada para las vigencias 2012–2013 que asciende a 3 billones 759 mil millones de pesos.

De manera complementaria, y con el fin de posibilitar la utilización de los recursos destinados en la Ley 1608 de 2013 para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las Empresas Sociales del Estado, se expidió la Resolución 1985 de 2012, que establece el procedimiento que las entidades territoriales deben seguir para incluir en los planes bienales los proyectos de inversión a ser financiados con recursos dispuestos por la Ley 1608 de 2013.

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 atendieron solicitudes de 26 departamentos y 3 distritos, mediante la revisión de 267 proyectos (arquitectónicos, de vulnerabilidad sísmica y de inversión), de los cuales se viabilizaron 119, por un valor aproximado de \$335.277 millones y un área de intervención de 168.894m<sup>2</sup>.

Por último, como consecuencia de la ola invernal asociada al Fenómeno de la Niña 2010–2011, con recursos del proyecto del Fondo de Calamidad, en convenio con Colombia Humanitaria y del Ministerio de Salud y de la Protección Social, se adelantaron estudios de pre inversión de obras mayores de IPS públicas y se ejecutaron obras menores en algunas entidades, por un monto total de \$26.421 millones, distribuidas como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 16.**  
**No. de Estudios de Preinversión en IPS afectadas por la ola invernal**  
**y No. de obras menores ejecutadas**  
**Vigencia 2012**

Departamento	No. Estudios	No. obras Menores
Antioquia	3	3
Bolívar		21
Cauca	1	1
Chocó	8	3
Cundinamarca	3	14
Huila		1
La Guajira		1
Magdalena		14
Nariño		2
Norte de Santander	3	29
Santander	1	2
Sucre		1
Valle del Cauca	2	2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>94</b>

Fuente: Subdirección de Infraestructura en Salud. MSPS.



En la actualidad se encuentra en proceso de contratación, la ejecución de obras de adecuación mayor y dotación de 15 Instituciones Prestadoras de Servicios con un valor aproximado de inversión \$22.554 millones.

### **2.13 Política Farmacéutica**

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

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

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

Por otra parte, el Plan Decenal de Salud Pública–PDSP y la Política Farmacéutica se articulan en las 8 dimensiones prioritarias y las 2 dimensiones transversales, con elementos claves como: promover, fomentar e incentivar la oferta, la innovación y producción nacional de medicamentos estratégicos, favorecer el acceso universal a medicamentos y servicios farmacéuticos esenciales, fortalecer la Farmacovigilancia y articular la Política Farmacéutica con el sistema de evaluación de tecnologías.



## **Regulación de Precios de Medicamentos**

Como parte de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, el Ministerio de Salud y Protección Social, participó activamente en la elaboración, consolidación y aprobación de las siguientes circulares que han establecido modificaciones y lineamientos sobre el control directo de precios de medicamentos en el país.

### **Circulares 2012**

Circular No.1 de 2012. Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.

Circular No.2 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones sobre transparencia y divulgación pública de información relacionada con medicamentos

Circular No.3 de 2012. Por la cual se modifica parcialmente la Circular No1 de 2012.

Circular No. 4 de 2012. Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo.

### **Circulares 2013**

Circular No. 01 de 2013. Por la cual se aclara el sentido, interpretación y alcance del artículo 2º de la Circular No. 01 del 14 de abril de 2010 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Circular No. 02 de 2013. Por la cual se amplía el plazo para el desarrollo de la metodología según lo establecido en el artículo 8 de la Circular 002 de 2011, modificado por el artículo 8 de la Circular 01 de 2012.

Circular No. 03 de 2013. Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.

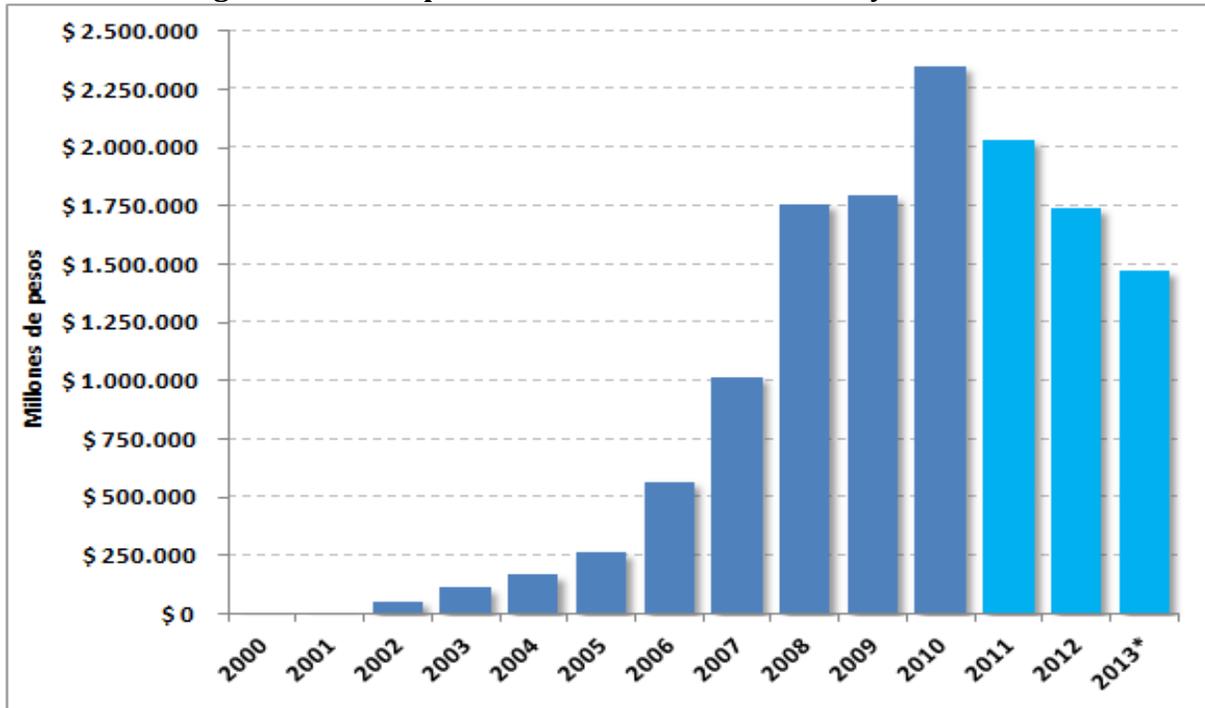
Por otra parte, en lo relacionado con precios de medicamentos, se puede afirmar que la falta de regulación efectiva de los mismos fue una de las principales causas del crecimiento exponencial en los recobros.

La implementación de Valores Máximos de Recobro, desde Diciembre de 2010, que a través del Decreto 4474 de 2010, adopta Valores Máximos de Reembolso (VMR), como medida ante los precios excesivos en medicamentos de última generación –muchos de estos biotecnológicos y monopólicos-. La gestión que durante 2011 el Ministerio de Salud realizó emitiendo siete Resoluciones que establecen el VMR, para un total de 136 moléculas (principios activos), frenaron el crecimiento exponencial del valor total de los reembolsos que hoy se percibe.



El siguiente gráfico muestra el comportamiento del pago de recobros por Comités Técnico Científicos-CTC y tutelas durante el período comprendido entre los años 2000 y 2013.

**Gráfica No. 5**  
**Pago de Recobros por Comités Técnicos Científicos y Tutelas**



**Fuente:** Dirección de Administración de Fondos de la Seguridad Social. Minsalud  
\*El valor para 2013 es una estimación con base en los primeros cinco meses.

Lo anterior significó una reducción del 26% del gasto por recobros entre 2010 y 2012, lo que es equivalente a un ahorro de \$608 mil millones frente al gasto de 2010.

Sin embargo, con frecuencia, los precios locales siguen estando por encima de los precios internacionales, lo que hace necesario replantear la política de precios basada en referenciación internacional, razón por la cual a través de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, se expide la Circular No. 03 de 2013, que establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.

## **2.14 Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y Trasplante de componentes Anatómicos**



Dando alcance a los lineamientos del gobierno para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública contenidos en el Decreto 0019 de 2012, se expidió la resolución No 1229 de 2013 “Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para productos de uso humano y consumo humano”

Adicionalmente, se expidió la Resolución 1604 de 2013, que establece el mecanismo excepcional de entrega de medicamentos, en un lapso no mayor a 48 horas, en el lugar de residencia o trabajo del afiliado, cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado, establecido en el artículo 131 del Decreto 019 de 2012. Estos lineamientos son de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios–EAPB-, su red de prestación de servicios y todas las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pertenecientes a regímenes exceptuados.

Además, se crea el Sistema de monitoreo, seguimiento y control de la entrega de medicamentos, cuya finalidad es servir de herramienta de información a las autoridades en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que deban adelantar frente al citado mecanismo. El sistema permite además, la toma de decisiones, la formulación de políticas y el monitoreo regulatorio a nivel nacional.

Dicho Sistema es liderado por el Ministerio de Salud y está conformado por la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes–FNE, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA, Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios–EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud–IPS y las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud pertenecientes a los regímenes exceptuados.

Como parte de las funciones de Inspección Vigilancia y Control de Sustancias Sicotrópicas y siguiendo los lineamientos del Convenio 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas de la Junta Internacional de Estupefacientes–JIFE, se incluyó, mediante la Resolución 02593 del 31 de agosto de 2012, el medicamento Zolpidem como de control especial, puesto que dicha sustancia es susceptible a riesgos de abuso de tal manera que se puede constituir en un problema social y de salud pública.

### **Donación y trasplantes de Componentes Anatómicos**

Desde la creación de la Red de Donación y Trasplantes a través del Decreto 2493 de 2004, el incremento de los niveles de donación de componentes anatómicos. En Colombia se venía presentando un crecimiento notable, pasando de una tasa de donación de 9.9 donantes por millón de población en 2006, a 12.5 donantes por millón



de población en el 2010; sin embargo, para el año 2012, se presentó una pequeña disminución en la tasa de donación efectiva por millón de población, ubicándose en 10.2 (con información del DANE de población proyectada a 2012 de 46'581.372).

De acuerdo con el Informe final 2012, de la Red de Donación y Trasplantes, presentado por el Instituto Nacional de Salud, se realizaron 1.108 trasplantes de órganos, que representa un aumento del 2.1% al 7.5%, en comparación con el número de trasplantes realizados en el año 2011, cuando se realizaron 1.085 trasplantes; durante el año 2012, aumentó en un 20.7% el número de trasplantes cardiacos frente al año 2011. También aumentó el número de trasplantes pulmonares en un 100% y en 11.9% el número de trasplantes hepáticos. Se presentó una disminución de 3.1% en el número de trasplantes renales. Colombia alcanzó una tasa de 23.8 trasplantes por millón de población (DANE, población proyectada 2012: 46'581.372).

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

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

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

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

### ***Red de Bancos de Sangre***

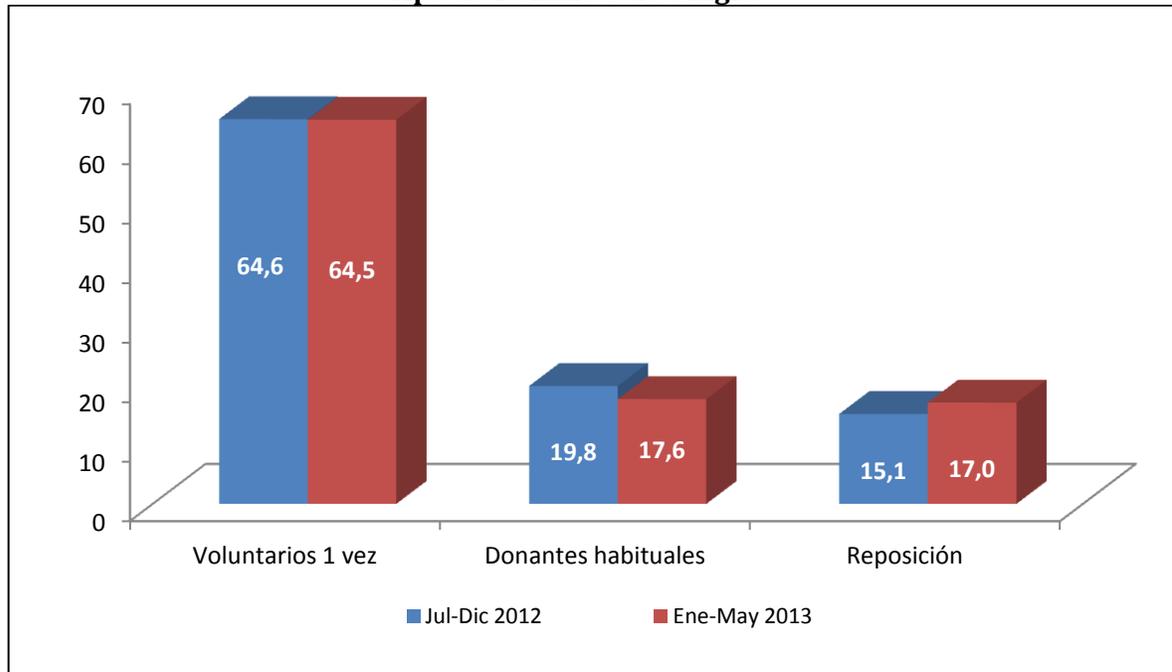
En Colombia, la Red Nacional cuenta en el actualidad con 85 Bancos de Sangre, distribuidos en 26 de los 32 departamentos y el Distrito capital, de los cuales 42.4% (36) pertenecen al sector público, 47.1% (40) al sector privado, 8.2% son de la Cruz Roja (7) y 2.4% pertenecen a las Fuerzas Militares y Policía Nacional (2); aproximadamente funcionan 406 servicios transfusionales en todo el territorio nacional.



Para el periodo comprendido entre julio a diciembre de 2012, 19.8% de la sangre captada provenía de donantes habituales, siendo la donación de primera vez la que presenta el mayor porcentaje (64.6%) y la donación de reposición (15.1%). 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.

Respecto al periodo de enero a mayo de 2013, la donación habitual corresponde a 17.6% de la sangre captada, la donación voluntaria de primera vez se mantiene en 64.5% y la donación de reposición representa el 17% de la sangre captada.

**Gráfica No. 6**  
**Tipo de Donantes de Sangre**



Fuente: Red Bancos de Sangre. INS

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

En la vigilancia epidemiológica se resalta el énfasis realizado en el tema de pruebas confirmatorias a los donantes de sangre que resulten reactivos en las pruebas de tamizaje para unidades de sangre, y su posterior canalización hacia el sistema de salud. Dicho proceso implicó la detección de 31.866 donantes que resultaron reactivos para enfermedades infecciosas de interés en medicina transfusional (HIV,



Hepatitis B y C, Chagas, Sífilis y HTLV), significando una adecuada y oportuna intervención en la cadena de transmisión de la infección.

Actualmente se tramita como proyecto normativo la resolución para el tamizaje universal de unidades de sangre frente a los marcadores HTLV I/II y Anticore para la Hepatitis B.

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

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

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

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

### ***Formación, Capacitación e Incentivos - Competencias profesionales***

Uno de los objetivos de la política de talento humano en salud, es fortalecer la capacidad resolutoria del personal sanitario, considerando las características de la población colombiana y los requerimientos del sistema de salud. En esta línea se avanzó en la actualización del perfil de las competencias profesionales de Odontología y Medicina y se encuentran en proceso las correspondientes a Enfermería y Nutrición.

También se brindó direccionamiento y acompañamiento a la Mesa Sectorial de Salud, liderada por el Servicio Nacional de Aprendizaje–SENA, en la caracterización de las ocupacionales, construcción de mapas funcionales, definición de titulaciones y normas de competencia, que orientan la formación, el ejercicio y la gestión de los auxiliares, técnicos y tecnólogos de la salud. La actualización de los mapas funcionales del sector farmacéutico, salud ambiental, atención pre-hospitalaria, salud pública y seguridad y salud en el trabajo, son resultados concretos de la gestión de la Mesa Sectorial Salud.

De otro lado, para responder a las solicitudes y necesidades de los pueblos indígenas, se realizó el diseño, ajuste y/o implementación de proyectos de formación de técnicos en salud pública con enfoque intercultural, con la población indígena de los



departamentos de Nariño, Amazonas, Guaviare y el Distrito Capital, con la participación del SENA y las entidades territoriales. Adicionalmente, se consolidó el módulo de formación denominado “*atención en salud con pertinencia étnica*”, dirigido a funcionarios del sector, y se inició el proceso para pilotear este módulo con funcionarios del sector salud en el departamento de Nariño.

### ***Relación docencia servicio para la formación de talento humano en salud.***

Para la difusión del Acuerdo 154 de 2012, por el cual se adoptan las condiciones básicas de calidad para la evaluación y verificación de la relación docencia servicio en escenarios de práctica formativa, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha diseñado un plan de socialización y capacitación que tiene como propósito dar a conocer a las partes que integran la relación docencia servicio, los nuevos instrumentos de evaluación de los escenarios de práctica clínicos y otros escenarios institucionales y/o comunitarios. Así mismo, en éste proceso participarán los pares académicos que intervienen en el proceso de evaluación de los programas del área de la salud.

Adicionalmente, la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, conformada por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, estudió y dio trámite a las siguientes solicitudes de concepto técnico sobre programas de educación superior:

**Tabla 17.**  
**Acuerdos sobre Relación Docencia Servicio de Programas de Educación Superior**  
**Julio 2012 - 31 Mayo de 2013**

<b>Instituciones y Programas</b>	<b>N°</b>
<b>Numero de Acuerdos emitidos CITHS.</b>	<b>97</b>
• Conceptos favorables.	84
• Conceptos no favorables.	7
• Otros acuerdos.	6
<b>Programas incluidos en los acuerdos</b>	<b>86</b>
• Pregrado	11
• Posgrado	74
• Técnicos y tecnologías	1

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

**Tabla 18.**  
**Detalle de los programas de Pregrado incluidos**  
**en los Acuerdos de formación superior.**

<b>Programas</b>	<b>N°</b>
Enfermería	18
Fisioterapia	6



Programas	N°
Quirúrgica	5
Medicina	12
Nutrición y dietética	4
Optometría	3
Fonoaudiología	2
Microbiología y Bioanálisis	1
<b>Total</b>	<b>51</b>

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

La misma Comisión Intersectorial, ajustó la normatividad para la evaluación de los requisitos de registro y renovación de los programas de formación de auxiliares de la salud, mediante la expedición del Acuerdo 153 de 2012, enfocando la atención en la relación docencia servicio y los escenarios de práctica, como estrategia para mejorar las condiciones básicas de calidad de dichos programas.

En forma paralela, la Comisión Intersectorial atendió solicitudes de concepto técnico para los programas de formación para el trabajo y desarrollo humano del área de la salud, según el siguiente detalle:

**Tabla 19.**  
**Solicitudes presentadas para programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano**

Programa de Formación	Total
Auxiliar en Enfermería	94
Auxiliar en Salud Pública	34
Auxiliar en Salud Oral	49
Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	45
Auxiliar Administrativo en Salud	48
Cosmetología y Estética Integral	33
Mecánica Dental	7
<b>Total</b>	<b>284</b>

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

## Becas crédito

Durante el año 2012 se asignaron 1.171 nuevas becas para apoyar la formación de especialistas del área de la salud, equivalente a un incremento de 17.8% frente a las otorgadas en 2011. De esta forma, el programa alcanzó un máximo histórico que superó los 3.100 beneficiarios, al sumar los profesionales que ingresaron en convocatorias de años anteriores. Para la financiación del programa, en 2012 se asignaron recursos del presupuesto nacional por \$36.910 millones, de los cuales \$11.000 millones corresponden al presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social y \$25.910 millones al del Icetex.



Los criterios de priorización para el otorgamiento de las becas, privilegiaron a quienes cursan especialidades básicas y prioritarias para el acceso de la población a los servicios de salud más demandados, lo cual se tradujo en la asignación de la mayor proporción de becas para Medicina Interna (16%), Pediatría (15%), Ginecología y Obstetricia (9%), Cirugía General (8%) y Anestesiología (8%).

**Tabla 20.**  
**Programa de Becas Crédito. Distribución por Especialidades**

Especialidad	2011	%	2012	%
Pediatría	158	16%	173	15%
Medicina Interna	165	17%	183	16%
Ginecobstetricia	122	12%	102	9%
Anestesiología	99	10%	90	8%
Cirugía general	88	9%	98	8%
Ortopedia y traumatología	31	3%	52	4%
Psiquiatría	32	3%	61	5%
Radiología	42	4%	49	4%
Oftalmología	28	3%	23	2%
Dermatología	20	2%	27	2%
Otras especialidades	209	21%	313	27%
<b>TOTAL</b>	<b>994</b>		<b>1.171</b>	

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

La distribución regional de las becas de la convocatoria del año 2012, según los registros de solicitudes del Icetex, se detalla a continuación:

**Tabla 21.**  
**Programa de Becas Crédito. Distribución por Departamentos**

No	DEPARTAMENTO	2011	2012	No	DEPARTAMENTO	2011	2012
1	Bogotá	264	604	16	Norte de Santander	10	0
2	Antioquia	181	217	17	Sucre	12	0
3	Valle del cauca	82	79	18	Cesar	17	0
4	Atlántico	64	76	19	Magdalena	6	0
5	Santander	58	39	20	Quindío	12	0
6	Bolívar	32	61	21	La Guajira	3	0
7	Caldas	28	15	22	Meta	3	0
8	Huila	28	19	23	Casanare	5	0
9	Cauca	21	13	24	Caquetá	3	0
10	Boyacá	37	0	25	Choco	3	0
11	Nariño	26	0	26	Putumayo	3	0
12	Córdoba	14	0	27	Arauca	1	0
13	Cundinamarca	25	42	28	San Andrés	0	0
14	Tolima	33	0	29	Guaviare	0	0
15	Risaralda	23	6				
<b>TOTAL</b>						<b>994</b>	<b>1.171</b>

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



### ***Gestión y Ejercicio del Talento Humano***

Durante el período reportado, se realizaron cuatro procesos de asignación de plazas de servicio social obligatorio, en los cuales se incorporaron, de manera progresiva, criterios y mecanismos que mejoraron la calidad e integridad de la información sobre las plazas, facilitaron la participación de los profesionales y dieron mayor transparencia al proceso en conjunto.

A través de estos procesos se logró la provisión de 2.870 plazas de servicio social obligatorio ubicadas en todo el territorio nacional, de las cuales 1.450 corresponden a Medicina, 702 a Enfermería, 466 a Odontología y 1.135 a Bacteriología.

Se adelantó una segunda convocatoria, para seleccionar los colegios de las profesiones de salud para la delegación de funciones públicas de que trata la Ley 1164 de 2007. Como resultado, otros tres colegios para profesiones resultaron con evaluación favorable, de tal forma que actualmente existen seis profesiones en proceso de alistamiento (Fonoaudiología, Química farmacéutica, Bacteriología, Medicina, Enfermería y Fisioterapia), para asumir las funciones que por ley se delegarán a los colegios respectivos.

También se gestionaron los recursos presupuestales por \$1.275 millones, requeridos para garantizar el cumplimiento de las funciones delegadas en los tribunales nacionales de ética médica, odontológica y de enfermería, como instrumento fundamental de autorregulación de las profesiones de la salud.

Los recursos asignados a cada tribunal han venido creciendo de manera sostenida, para dar respuesta al aumento del número de casos atendidos, como resultado de la mayor cobertura en el aseguramiento, el incremento del número de profesionales de la salud en ejercicio y el consecuente aumento de las actividades donde se generan situaciones ético-disciplinarias que deben conocer estos tribunales.

Otros resultados destacables en la gestión del talento humano en salud, están relacionados con uso progresivo de los medios electrónicos para el trámite y expedición de las tarjetas profesionales de médico, que durante el período analizado sumaron 5.587. Adicionalmente, se emitieron 493 certificaciones de reconocimiento del ejercicio profesional, con el fin de realizar estudios de posgrado en el exterior; se expidieron 151 resoluciones de autorización para el ejercicio de la anestesiología, para un total de 2.455 especialistas registrados en esta área y se tramitaron 19 permisos transitorios para el ejercicio de profesionales de salud extranjero, con el fin de apoyar la realización de misiones de carácter humanitario y social.



### ***Gestión del conocimiento y la información del talento humano en salud***

Se realizó un proceso de consolidación, validación y organización de la información sobre el talento humano en salud del país, con cerca de 1 millón de registros provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, de diferentes instituciones y bases de datos externas, entre ellas del Ministerio de Educación Nacional, las Entidades Territoriales, la Asociación Nacional de Enfermeras-ANEC y otras organizaciones de profesionales de la salud.

Como resultado, el Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con más de 466 mil registros del talento humano en salud autorizado para ejercer en el país, lo que ha permitido realizar unos primeros ejercicios de caracterización mediante el cruce de información con otras fuentes, como las bases de datos de la PILA, donde se identifican aspectos referentes a la composición (según nivel de formación y características demográficas), distribución (por departamento) y remuneración (ingreso base de cotización) del personal sanitario en Colombia, cuyos resultados están disponibles para consulta en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente, se realizó un estudio sobre la disponibilidad de médicos especialistas, sobre una muestra representativa de las instituciones de complejidad media y alta que integran las redes de prestación de servicios del país. Este estudio provee información valiosa, de carácter cualitativo y cuantitativo, sobre la demanda, necesidades y dificultades de las instituciones frente a la disponibilidad y posibilidades de vinculación de estos profesionales especializados, insumo valioso para el Gobierno y todas las instituciones públicas y privadas que requieren tomar decisiones relacionadas con este tema.

### **2.16 Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres**

El país ha venido siendo afectado por diferentes fenómenos, en la actualidad se observa una fuerte sequía y los consecuentes incendios forestales. La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, en el 11º reporte de 21 de enero de 2013, informa la afectación por incendios forestales del 1 al 11 de enero de 2013, a saber:

**Tabla 22.**  
**Afectación por Incendios Forestales**

Municipios afectados en 17 departamentos, incluido el Distrito Capital	142
Incendios Registrados	163
Incendios Controlados	162



Incendios Activos	1
Especial atención	Parque nacional natural El Cocuy (Boyacá), Parque Nacional Natural Chingaza (Cundinamarca), Parque Nacional Natural Sumapaz (Cundinamarca) y Parque Nacional Natural Sierra Nevada de Santa Marta, vía parque isla de Salamanca (Magdalena)
<b>Total de hectáreas afectadas</b>	<b>2.420</b>

Fuente : Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

Por otra parte, se tienen los riesgos de origen antrópico, que afectan diariamente a miles de colombianos cada año.

La concurrencia de tales fenómenos llevó a que se adoptara la Ley 1523 de abril de 2012, que hace referencia a la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, estableciendo el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, del cual hacen parte los consejos departamentales, distritales y municipales de Gestión del Riesgo de Desastres, como instancias de coordinación, asesoría, planeación y seguimiento, destinados a garantizar la efectividad y articulación de los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y de manejo de desastres en la entidad territorial correspondiente.

En este orden de ideas y en el desarrollo de las acciones institucionales y las experiencias vividas en nuestro país el Ministerio de Salud y Protección Social, tiene entre otras las siguientes responsabilidades:

- Definir las políticas y estrategias para enfrentar los riesgos de desastres promoviendo la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables del Sistema de Protección Social.
- Diseñar y mantener actualizado un Plan Sectorial de Salud y Protección Social que pueda integrar el trabajo de las instituciones públicas, privadas y comunitarias en la prevención, mitigación y superación de los riesgos que afectan la calidad de vida de la población y además, incorporar de manera eficiente el Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- Coordinar y supervisar los planes y programas que desarrollan sus entidades adscritas o vinculadas en la temática de los desastres.
- En salud, la evaluación de aspectos sanitarios, la coordinación de acciones médicas, el transporte de víctimas, de medicamentos, de insumos médico-quirúrgicos y de más elementos que se requieran para la atención de las emergencias o desastres, la clasificación de heridos, la provisión de suministros médicos, el saneamiento básico, la atención médica de albergues, la vigilancia y el control epidemiológico.
- Coordinar con los departamentos, distritos y municipios, actividades que contribuyan con la prevención y la atención de emergencias y desastres.



A partir de la entrada en vigencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cumplimiento a estas funciones resulta posible a través de la red hospitalaria pública y privada, de los diferentes aseguradores en el sistema y de las secretarías seccionales y locales de salud. En esta misma línea, el Ministerio continuará el fortalecimiento de las instituciones de salud del país, a través de capacitación y la asistencia técnica para la elaboración, evaluación e implementación de planes hospitalarios de emergencia, manejo integral de suministros humanitarios y el apoyo para el desarrollo de estudios de vulnerabilidad sísmica en instituciones hospitalarias.

### ***Emergencias Sanitarias***

Las repercusiones para la salud pública de diversas situaciones a las que se expone el país son aún mayores, los desastres asociados a la ocurrencia de fenómenos naturales potencialmente peligrosos, las enfermedades nuevas, las emergentes y re-emergentes, las concentraciones multitudinarias, la ocurrencia de desastres asociados a factores antrópicos y tecnológicos que se encuentran en estrecha relación con procesos de globalización, han cambiado la perspectiva de los gobiernos y la necesidad de dar vuelta al paradigma de una visión asistencialista (manejar los desastres a partir de sus efectos, en vez de sus causas estructurales) a la gestión de los riesgos desde una perspectiva integral y con enfoque de desarrollo.

Es así, que el sector salud ha venido fortaleciendo la gestión de riesgo de emergencias y desastres, donde se destaca la puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Pública, posicionando la gestión de riesgo en todas sus fases como un proceso social y sistemático.

En este sentido en el último año se ha trabajado desde la perspectiva de riesgo, donde se resaltan los siguientes puntos:

1. Posicionamiento de la gestión de riesgo de desastres enmarcado en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 en el nivel político departamental.
2. Preparación ante situaciones de emergencias sanitarias en puertos aéreos y marítimos a través de la realización de simulacros.
3. Desarrollo de mecanismos de preparación y promoción que permitieron gestionar y reducir los riesgos de salud pública y la atención oportuna de situaciones en salud durante los eventos masivos en los cuales el país fue anfitrión (Juegos Nacionales y Paranales en noviembre de 2012 y los Juegos Mundiales de Cali en julio de 2013).
4. La promoción en el intercambio de experiencias, información y conocimiento sobre la gestión de riesgo entre los países; es así que durante el año se ha venido trabajando en un simulacro binacional con Ecuador ante una situación de tsunami.



5. Se ha realizado capacitación a Equipos de Respuesta Rápida para facilitar la respuesta durante una situación de emergencia y del mismo modo se ha fomentado a la creación formal de los mismos en la Entidades Territoriales de Salud.
6. En coordinación con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Departamento Nacional de Planeación frente a los procesos de adaptación al cambio climático, se ha trabajado en la estimación del riesgo sobre la salud de las personas específicamente en enfermedades transmitidas por vectores y estudios de vulnerabilidad sobre los servicios de salud.

### **Reglamento Sanitario Internacional – RSI y Seguridad Sanitaria:**

Colombia como Estado Parte, ha asumido un compromiso político y técnico para desarrollar, reforzar y mantener las capacidades básicas nacionales en materia de salud pública. Es así como, desde la entrada en vigencia del Reglamento hasta la fecha, se ha venido desarrollando un trabajo continuo para implementar los contenidos del Anexo 1 relacionados con: “*Capacidad básica necesaria para las tareas de vigilancia y respuesta*” y “*Capacidad básica necesaria en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados*” que incluye desarrollos técnicos y normativos y un gran número de actividades de asistencia técnica y capacitación a los actores y sectores claves relacionados con el proceso.

En tal sentido se puede describir algunos desarrollos en el fortalecimiento del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública para la atención de emergencias sanitarias en los diferentes componentes, así:

- **En lo regulatorio:** En un marco normativo actualizado y en proceso de reglamentación para dar orden al funcionamiento y articulación del sistema. Se tienen los mecanismos jurídicos, administrativos, de procedimientos, logística y presupuestales para responder oportunamente a epidemias u otras emergencias de salud pública con la participación intersectorial y el fortalecimiento institucional a nivel nacional para mantener las capacidades básicas mínimas, las cuales son una prioridad de los diferentes planes y proyectos.

Durante el año 2012, se establecieron lineamientos para la intensificación de acciones de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, prestación de servicios de salud y elaboración de planes de contingencias con motivos a los XIX Juegos Nacionales y Paranales 2012 “Carlos Lleras Restrepo”. Se intensificaron los planes de contingencia respecto a la vigilancia de EDA con motivo a la alerta regional respecto a los brotes de cólera en Haití, República Dominicana y Cuba. En diciembre de 2012 se expidió la Resolución 4447 mediante la cual se transfirieron \$2.379.810.000 para el



Fortalecimiento de la capacidad de respuesta, vigilancia y control en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional–RSI en los municipios de frontera de las ETS que fueron priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante el año 2013 se realizó la Georeferenciación de principales alertas en salud pública internacionales ocurridas en lo transcurrido del año 2013, en el marco del evento deportivo JUEGOS MUNDIALES CALI 2013, así mismo se diseñó el instrumento de reporte epidemiológico comunitario, con el fin de garantizar la difusión de información de interés en salud pública tiempo real desde los escenarios deportivos y hoteles a la sala situacional.

- **En lo técnico:** En lo conceptual la preparación y disposición de modelos y protocolos actualizados y/o los nuevos a desarrollar teniendo en cuenta para ello los avances científico y tecnológicos y de cambios en el comportamiento de los eventos que ameritan ajustes en las estrategias de vigilancia y/o iniciar los procesos de vigilancias para aquellos eventos o situaciones en la actualidad no se encuentra sometidas a procesos de vigilancia.

Igualmente el desarrollo de guías/procedimientos/protocolos de actuación para la operación articulada intra e intersectorial para completar las acciones de repuestas. Es importante concebir en esta parte, los desarrollos que en el tema de las alertas tempranas se vienen incorporando dentro del desarrollo del CNE con una red interconectada y la definición de procesos y procedimientos para su operación y funcionamiento.

Se han establecido mecanismos de coordinación y comunicación entre todos los ministerios, entidades territoriales de salud y sectores competentes, incluidos los puntos de entrada (PDE) y se mantiene un trabajo dinámico a nivel intra e intersectorial por medio de las Comisiones de la Red de Laboratorios, el Comité de Sanidad Portuaria, la Comisión Antipandemia (creada como parte de los lineamientos internacionales dados por la Organización Mundial de la Salud en el marco de los preparativos ante la amenaza de pandemia por Influenza Aviar H5N1) y el Consejo Nacional de Control de Zoonosis –CNCZ-.

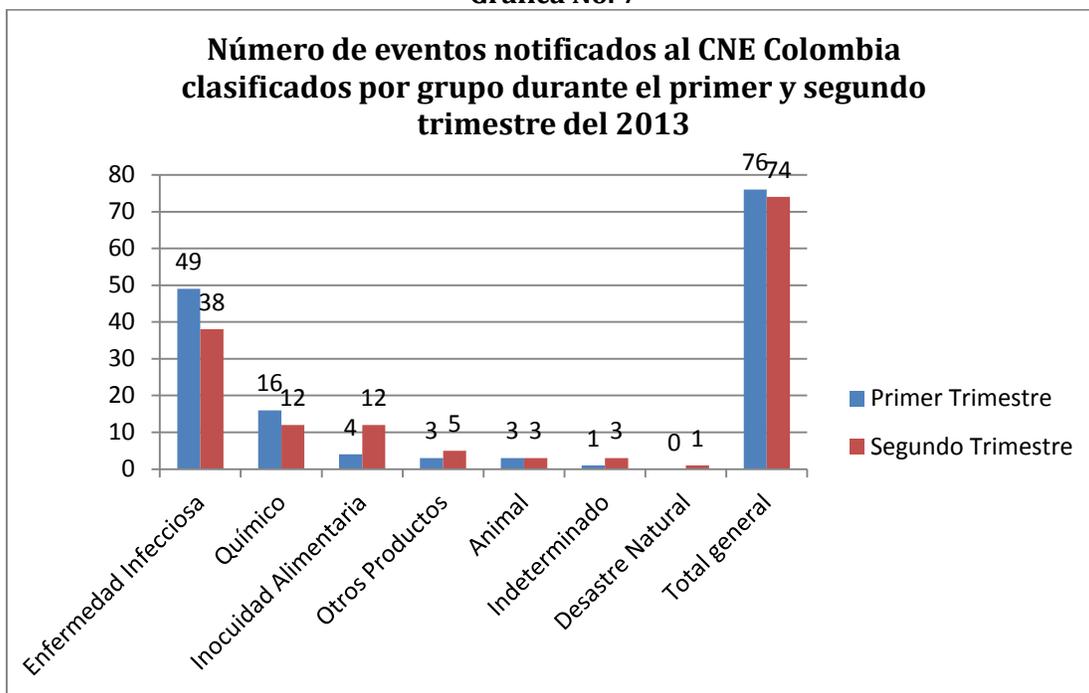
- **En lo operativo:** En el 2006 se designó al Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección de Salud Pública o la dependencia que haga sus veces, como Centro Nacional de Enlace–CNE, mediante el Decreto 3518 de 2006. Desde el 2007 se mantiene en operación para establecer la relación oficial y permanente con todos los niveles del país y con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la notificación de eventos de potencial importancia internacional, para lo cual ha sido dotado de los medios, recursos, políticas, procedimientos, recursos humanos, conocimientos y capacitación específica.



En la actual la estructura del Ministerio, el CNE funciona en la Dirección de Epidemiología y Demografía, el cual es operado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas dedicados al cumplimiento de las tareas de monitoreo, evaluación de riesgo y notificación a la OMS de los eventos de potencial riesgo para la salud pública internacional.

Entre el 2012 y 2013, se han monitoreado más de 150 eventos de interés para la salud pública, de origen infeccioso (58,0%), de origen químico (18,7%), inocuidad alimentaria (10,7%), animal (4%), entre otros. Desde marzo de 2013, se implementó una nueva estrategia para realizar el procedimiento de monitoreo de rumores a través de medios de comunicación y se estandarizó el proceso dándole mayor sensibilidad a las noticias captadas de potenciales riesgos que atenten contra la salud pública de la población.

**Gráfica No. 7**



Fuente: Sistema de Monitoreo de Eventos – SIME. Centro Nacional de Enlace

Respecto a la estrategia de detección de alertas y eventos de interés en salud pública en el territorio nacional por fuentes oficiales, se instauró en el año 2012 la Red Nacional de intercomunicación para la Vigilancia en Salud Pública, la cual opera a través de un mecanismo de reporte diario de disponibilidad y novedades al nivel central, siendo el punto focal el Centro Nacional de Enlace. Esta Red es monitoreada de forma permanente, con el fin de garantizar la funcionalidad y operatividad de la



misma, la cual consiste en un flota de 216 equipos de telefonía móvil tipo *Smartphone* distribuidos en las 36 Entidades Territoriales de Salud y 56 equipos de telefonía móvil ubicados a nivel central.

*En cuanto a la capacidad básica necesaria en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados*, continúan funcionando los 12 puertos autorizados para expedir los certificados de sanidad a bordo y han sido designados dos puntos de entrada: La Sociedad Portuaria de Buenaventura (COBUN) y el aeropuerto internacional El Dorado, los cuales son objeto de asesoría y seguimiento permanente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para el sostenimiento de las capacidades básicas.

Hasta la fecha no se han designado pasos fronterizos terrestres; sin embargo Colombia viene adelantando con Ecuador y Venezuela a través de los Ministerios de Relaciones Exteriores de los respectivos países, acuerdos binacionales para la implementación de las capacidades básicas a fin de proponer su designación en el mediano plazo. Es así como en la actualidad, se está trabajando por parte de la Cancillería Colombiana y con el apoyo de las autoridades competentes en la operativización del Centro Básico de Atención Fronterizo de San Miguel.

De otra parte, desde finales del año 2012 se viene trabajando en la Evaluación de las capacidades básicas en la zona fronteriza Colombo Peruana de Leticia–Amazonas (Colombia) y de las Provincias de Maynas y Mariscal Ramón Castilla (Perú), en donde identificación de brechas y elaboración de plan de trabajo conjunto para el fortalecimiento de las capacidades básicas en esta zona de frontera.

Las actividades desarrolladas a través de este programa son:

- **Transferencias a los Centros Reguladores de Urgencias, 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 Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Centros Regionales de Reserva 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 Salud 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.
- ✓ El Centro Nacional de Comunicaciones, la Sala de Crisis y el Grupo de Atención de Emergencias y Desastres del Ministerio.
- ✓ El Transporte y Evacuación de Emergencias.

Para el desarrollo de estas actividades se asignaron recursos en el año 2012 por valor de 1.367 millones de pesos y para la vigencia 2013, la suma de 1.408 millones de pesos, distribuidos a entidades territoriales de salud, como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 23.**  
**Distribución de Recursos - Centros de Reserva del Sector Salud, Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Centro Nacional de Reserva del Sector Salud 2012-2013**

Departamento - Distrito	Valor de la asignación	
	Año 2012	Año 2013
	<b>CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>	<b>CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>
BOLIVAR	40.000.000	55.000.000
ATLANTICO	40.000.000	55.000.000
VALLE DEL CAUCA	40.000.000	55.000.000
CAUCA	40.000.000	55.000.000
HUILA	40.000.000	55.000.000
SUCRE	40.000.000	55.000.000
	<b>CENTROS REGIONALES DE RESERVA</b>	<b>CENTROS REGIONALES DE RESERVA</b>
CARTAGENA	20.000.000	55.000.000
GUAJIRA	20.000.000	55.000.000
RISARALDA	20.000.000	55.000.000
CORDOBA	20.000.000	65.071.800
NORTE SANTANDER	20.000.000	55.000.000
NARIÑO	20.000.000	55.000.000
CENTRO NACIONAL DE RESERVA	1.070.600.00	738.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>1.367.060.000</b>	<b>1.408.071.800</b>

Fuente: Resoluciones del MSPS Nro: 0403 de 2012 y 0429 de 2013



### ***Plan Nacional de Salud Rural***

Programa que tiene por finalidad 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, a través del desarrollo de actividades y programas que mejoren la prestación de los servicios de salud dirigidos a esta población. Para la vigencia 2012, se realizó una apropiación por valor de 9.246 millones de pesos con los que se pudieron apoyar ciento veintiún (121) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

Para la vigencia 2013, se tienen dispuestos recursos por valor de \$9.524 millones de pesos, con los cuales se espera apoyar aproximadamente ciento diez (110) nuevos proyectos.

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

El programa desarrolla actividades para mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud en instituciones de salud de carácter público, en poblaciones urbanas y marginales mayores de cincuenta mil habitantes. Para la vigencia 2012, se realizó una apropiación inicial por valor de \$3.042 millones de pesos, y posteriormente se realizó una adición presupuestal por valor de 40.000 millones de pesos, para un total de 43.042 millones de pesos, con los que se pudieron apoyar ochenta y cuatro (84) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

Para la vigencia 2013, se dispone de recursos por valor de \$3.133 millones de pesos, con los cuales se espera apoyar aproximadamente treinta (30) nuevos proyectos.

### ***Proyecto asistencia y prevención de Emergencias y Desastres***

Los desastres ocurridos en nuestro país en los últimos años resultan ser situaciones que repercuten de manera directa en la salud y el bienestar de la población colombiana. Con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta y atender las responsabilidades del sector en su momento en el marco del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres, se asignaron recursos en el año 2012, por un valor de 1.000 millones de pesos.

Con el fin de fortalecer la respuesta nacional, regional y local en salud frente a la Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres de origen natural o antrópico, las actividades desarrolladas a través de este Programa son las siguientes:



- **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 Hospital Seguro para Desastres, para la vigencia 2012, se implementaron seis (6) Planes Hospitalarios de Emergencias, de instituciones prestadoras de servicios de salud que corresponden a: E.S.E Hospital Universitario Departamental de Nariño, E.S.E Hospital Santa Sofía-Caldas, E.S.E Assbasalud-Caldas, E.S.E Hospital San Juan de Dios de Honda-Tolima, E.S.E Hospital Reina Sofía de España-Tolima y E.S.E Hospital Regional de Líbano-Tolima.

- **Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología**

En el transcurso de la vigencia 2012, se fortaleció 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.

- **Atención Médica Prehospitalaria**

Se actualizaron las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, las cuales fueron socializadas en Medellín y Bogotá al personal de salud involucrado en el tema.

- **Misión Médica**

Se realizó capacitación y difusión en el tema de Derecho Internacional Humanitario-DIH y Misión Médica, para continuar en el proceso de disminución de la vulnerabilidad individual e institucional. Se realizaron cinco (5) talleres en los departamentos de Nariño, Norte de Santander, Cauca, Arauca y Antioquia. Se actualizó el Manual de Misión Médica y Guías de documentos de referencia de DIH y Misión Médica, se elaboraron 45 emblemas de protección a la Misión Médica y se emblemataron 15 instituciones prestadoras de servicios de salud, cada una con tres emblemas.

- **Centro Nacional de Comunicaciones**

Se realizó la adquisición de equipos de Comunicaciones para fortalecer el Centro Nacional de Comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, así como para los Centros Reguladores de Urgencias.



- **Asistencia técnica respuesta institucional de emergencias**

También se fortalecieron las actividades relacionadas con 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 2013, se asignaron al proyecto de Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres recursos por un valor de \$ 1.000 millones de pesos.

### **Proyecto Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito (Subcuenta ECAT-FOSYGA):**

El "Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias", se orienta a garantizar la prestación de servicios de urgencias, prehospitalarios, hospitalarios a los habitantes del país que lo requieran, independiente de su condición socioeconómica, víctimas de eventos catastróficos y de accidentes de tránsito. Para el efecto, se deben utilizar los procedimientos técnico-científicos apropiados de acuerdo con el grado de severidad y complejidad. El programa está estructurado con los componentes hospitalarios, tecnológicos, transporte, insumos, comunicaciones, que permitan mejorar la capacidad de respuesta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ante una demanda en la atención de urgencias, emergencias o desastres por eventos naturales y/o antrópicos. Para la vigencia 2012, se asignaron de recursos por valor de 25.000 millones de pesos, de los cuales se realizaron distribuciones a través de las Resoluciones 3319, 4320, 4321, 4322, 4323, 4324 y 4457 de 2012, por valor de 18.659 millones de pesos, fortaleciendo a 32 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 2013, se asignaron recursos por medio de la Resolución No. 0192 de 2013, por valor de \$15.000 millones de pesos, para el Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

## **2.17 Telemedicina**

En el marco de lo dispuesto en la Ley 1419 de 2010, se dio inicio a la formulación de la estrategia de salud electrónica del país, que incluye el fortalecimiento de la Telesalud como uno de sus componentes. Se formuló una estrategia para el fortalecimiento de la implementación de la Telemedicina en el territorio nacional, en especial en las zonas dispersas y aisladas, y se cuenta con una primera propuesta de procesos operativos



estandarizados que contienen lineamientos para que los prestadores puedan implantar y operativizar la prestación de servicios bajo esta modalidad.

En cuanto a la infraestructura que facilite la prestación de estos servicios, se adelantó gestión con el Ministerio de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones–TIC para la disposición de una red de banda ancha para los prestadores públicos en el marco del Programa Nacional de Fibra Óptica. Con este programa se han conectado 195 IPS públicas ubicadas en 10 departamentos (Antioquia, Caldas, La Guajira, Meta, Risaralda, Norte de Santander, Tolima, Cundinamarca, Santander y Nariño).

En el marco del Plan Fronteras para la Prosperidad con financiamiento del Ministerio de Relaciones Exteriores se adelanta un proyecto de Telemedicina en 10 IPS Públicas, ubicadas en las fronteras de los Departamentos de La Guajira, Cesar, Putumayo, Norte de Santander, Chocó, Arauca, San Andres y Providencia, Guainía y Nariño.

Según el registro especial de Prestadores–REPS, a 31 de mayo de 2013, se cuenta con 530 sedes de prestadores, con servicios bajo la modalidad de telemedicina habilitados y prestando servicios, 198 de las cuales son sedes de prestadores públicos.

**Tabla 24.**  
**Prestadores de servicios de salud y servicios habilitados.**  
**Modalidad Telemedicina. Mayo 2013**

<b>Tipo</b>	<b>Publica</b>	<b>Privada</b>	<b>Mixta</b>	<b>Total</b>
Sedes de prestadores con Telemedicina	198	328	4	530
Servicios habilitados con la modalidad de telemedicina	1.092	858	27	1.977

**Fuente:** MSPS- DPSAP. Registro Especial de Prestadores–REPS con corte a 31 de mayo

Se encuentra activo el nodo de innovación en salud en el marco del subsistema de innovación para el uso y apropiación de las TIC en el gobierno, liderado por el Ministerio de TIC. Dentro de este nodo se establece como línea temática TIC PARA EL ACCESO A LA SALUD, donde se tienen previstos el desarrollo de los temas asociados a la telemedicina incluida la utilización de la telefonía móvil. Para la realización de las actividades previstas por la línea temática el Ministerio de TIC ha venido asignando recursos ejecutados a través de proyectos aprobados por Colciencias.



### 3. SALUD PÚBLICA – PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

#### 3.1 Plan Decenal de Salud Pública

El Ministerio de Salud y Protección Social asumió la labor de la Formulación del Plan de Salud Pública–PDSP para el decenio 2012–2021, en respuesta a la Ley 1438 de 2011, a través de un proceso amplio de participación social, el cual finalizó en mayo de 2013 con el Lanzamiento del Plan Decenal de Salud Pública y la expedición de la Resolución 1841 de Mayo 28 de 2013.

El Proceso Técnico para la Formulación del Plan durante el periodo 2012-2013 contempló las fases de movilización social nacional y consulta ciudadana, formulación, validación, reglamentación, presentación y divulgación del plan. En la construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 participaron 153.397 colombianos y colombianas e instituciones públicas y privadas, gobiernos nacional, departamental y municipal, al que se sumaron, 65 expertos y científicos del país, 16 Ministerios, 2 Agencias, 11 Altas consejerías, 6 Departamentos Administrativos, 3 programas presidenciales y 3 unidades administrativas.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 se resume como un pacto ciudadano, como una propuesta estratégica a ser desarrollada por los gobiernos nacional, departamental, distrital y municipal e instituciones sectoriales, a través de su armonización con los planes de desarrollo y planes de salud pública territoriales, con el fin de lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas, a partir de la plena garantía y protección del derecho a la salud y la disminución de la brecha de desigualdad e inequidad regional.





El Plan Decenal de Salud Pública, 2012–2021, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución. Es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y es dinámico, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994).

El Plan desarrolla las dimensiones prioritarias y transversales que cuentan con una definición y un componente técnico transectorial y un componente sectorial, los cuales, a su vez, incorporan un conjunto de acciones y estrategias (comunes y específicas) ejecutadas a través de las tres líneas operativas del Plan que son: Promoción de la salud, Gestión del riesgo en salud y Gestión de la salud pública. Las líneas operativas permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales.

Así mismo, como el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Departamento Nacional de Planeación–DNP, 2011), el Plan Decenal de Salud Pública–PDSP, 2012–2021, está planteado con enfoque regional, y reconoce las diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características, capacidades específicas y particularidades de los diversos grupos poblacionales (Congreso de la República de Colombia, Ley 1450, 2011). El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, está construido desde la mirada de las regiones, definidas así para efectos de su formulación: Amazonia–Orinoquia (Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare y Vaupés); Bogotá–Cundinamarca; Caribe e insular (Atlántico, Cesar, Córdoba, Bolívar, Magdalena, Guajira, San Andrés Islas y Sucre); Central (Antioquia, Caldas, Huila, Risaralda, Tolima y Quindío); Oriental (Arauca, Boyacá, Casanare, Meta, Norte de Santander, Santander y Vichada); y del Pacífico (Cauca, Chocó, Nariño, Valle del Cauca y Putumayo).

Para la operación del Plan se plantea una estrategia de difusión, la cual comienza después del acto oficial de lanzamiento del PDSP 2012–2021, y debe ejecutarse durante todo 2013. Las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, de acuerdo con sus competencias, deben liderar el proceso de despliegue local y elaborar un plan para tal fin, que debe ser incorporado al POA 2013.

### **Comisión Intersectorial de Salud Pública**

Como la Ley 1438 de 2011 previó la creación de la Comisión Intersectorial de Salud



Pública, el Ministerio avanza en el proceso de convocatoria y normalización de esta instancia donde se espera que concurren todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán acciones para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Análisis de Situación de Salud-ASIS**

Dando continuidad al informe realizado a mayo 31 de 2012, en lo relacionado con los talleres de capacitación en la metodología ASIS con enfoque de Determinantes Sociales de Salud, a través de las visitas de asistencia técnica realizadas a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, desde el 1 de julio al 30 de septiembre y las realizadas a mayo 31 de 2012 (informadas el año anterior), se alcanzó una cobertura departamental y distrital de 100% y municipal de 80.9%, como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 25.**  
**Capacitación en Análisis de Situación de Salud dirigida a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud**

Departamento	Fechas de capacitación	Número de municipios capacitados	Número de personas capacitadas	Cobertura
<b>Amazonas</b>	27, 28 y 29 de Agosto	2	8	100,0
<b>Antioquia</b>	10, 11 y 12 de septiembre	95	121	76,0
<b>Arauca</b>	13, 14 y 15 de Agosto	4	10	57,1
<b>Atlántico</b>	21, 22 y 23 de Agosto	4	26	18,2
<b>Barranquilla</b>	21, 22 y 23 de Agosto	1	8	100,0
<b>Bogotá</b>	27, 28 y 29 de Agosto	1	33	100,0
<b>Bolívar</b>	12, 13 y 14 de junio	22	34	48,9
<b>Cartagena</b>	12, 13 y 14 de junio	1	10	100,0
<b>Boyacá</b>	22 al 24 de mayo y 11 al 13 de julio	116	135	94,3
<b>Caldas</b>	29, 30 y 31 de Agosto	26	35	96,3
<b>Caquetá</b>	23, 24 y 25 de julio	7	22	43,8
<b>Casanare</b>	8, 9 y 10 de Agosto	18	30	94,7
<b>Cauca</b>	4, 5 y 6 de junio	34	52	81,0
<b>Cesar</b>	19, 20 y 21 de junio	22	28	88,0
<b>Choco</b>	19, 20 y 21 de junio	16	28	53,3
<b>Córdoba</b>	12, 13 y 14 de junio	17	27	56,7
<b>Cundinamarca</b>	17 y 18 de mayo y 9 y 10 de julio	88	94	73,9
<b>Guainía</b>	3, 4, 5 de septiembre	1	13	100,0
<b>Guaviare</b>	25, 26 y 27 de junio	2	17	50,0
<b>La Guajira</b>	30, 31 y 1 de Agosto	15	15	100,0
<b>Magdalena</b>	3, 4 y 5 de julio	18	34	62,1
<b>Santa Marta</b>	3, 4 y 5 de julio	1	1	100,0
<b>Meta</b>	23, 24 y 25 de julio	22	39	75,9
<b>Nariño</b>	1, 2 y 3 de Agosto	52	40	81,3



Departamento	Fechas de capacitación	Número de municipios capacitados	Número de personas capacitadas	Cobertura
<b>Norte de Santander</b>	1, 2, y 3 de Agosto	26	55	65,0
<b>Putumayo</b>	3, 4 y 5 septiembre	12	20	92,3
<b>Quindío</b>	21, 22 y 23 de Agosto	9	20	75,0
<b>Risaralda</b>	27, 28 y 29 de Agosto	7	45	50,0
<b>San Andrés y Providencia</b>	13, 14 y 15 de Agosto	0	15	0,0
<b>Santander</b>	21, 22 y 23 de Agosto	55	50	63,2
<b>Tolima</b>	4, 5 y 6 de junio	16	35	34,0
<b>Valle del Cauca</b>	3, 4 y 5 septiembre	15	57	35,7
<b>Vaupés</b>	8, 9 y 10 de Agosto	3	25	100,0
<b>Vichada</b>	15, 16 y 17 de Agosto	3	12	75,0
<b>Fuerzas Militares</b>	30, 31 y 1 de Agosto		27	
<b>Policía</b>	10, 11 y 12 de septiembre		35	
Cobertura Nacional	<b>junio a septiembre</b>	<b>731</b>	<b>1256</b>	<b>71,8</b>
Cobertura Nacional	<b>Total (mayo a septiembre)</b>	<b>775</b>	<b>1348</b>	<b>80,9</b>

Asimismo, haciendo uso de los documentos metodológicos diseñados en el 2010, las entidades territoriales elaboraron el ASIS con el fin de identificar los problemas en salud y realizar la respectiva priorización de los mismos, para formular el plan territorial de salud para el período actual de gobierno de alcaldes y gobernadores. Estos ASIS se encuentran publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co), en la pestaña Mini Sitio Plan Decenal.

Así mismo, se realizó la actualización del ASIS nacional, publicado en el capítulo 5 del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y dos documentos anexos que contienen el ASIS regional y de poblaciones diferenciales relevantes como insumo para la formulación de las dimensiones prioritarias del PDSP.

De igual manera, se diseñó una nueva guía metodológica y conceptual con los enfoques del PDSP con el fin de actualizar los ASIS en el ámbito nacional y entidades territoriales con el propósito de establecer la línea de base que se necesita para realizar el monitoreo y evaluación del PDSP en los próximos 10 años.

### **En departamentos de zona de frontera**

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 4447 del 26 de diciembre de 2012, en correspondencia con la Política de Desarrollo Fronterizo contemplada en la Ley 1450 de 2011 del Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 “Prosperidad para Todos”, con el fin de focalizar recursos para el desarrollo de estrategias diferenciadas por frontera y promover proyectos de cooperación bilateral y multilateral.

Mediante dicha Resolución el Ministerio transfirió a las Direcciones Territoriales de Salud–DTS \$2.379.810, para el fortalecimiento de la capacidad de Vigilancia y



Respuesta en Salud Pública, implementación del Reglamento Sanitario internacional (RSI/2005) y del Análisis de Situación de Salud (ASIS) con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud en los departamentos ubicados en zona de frontera (Amazonas, Arauca, Chocó, Guainía, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, San Andres y Providencia, Vaupés y Vichada), así como contribuir con el apoyo técnico y financiero a los departamentos de Chocó, Amazonas, Guainía y Vaupés, con el fin de desarrollar los proyectos acordados en forma binacional, tales como el Tratado de Cooperación Técnica – TCC para la formulación del ASIS y la implementación y desarrollo del RSI en la frontera Colombo Panameña, y el proyecto de Monitoreo y Análisis de la información de salud en la frontera Colombo Brasileira.

En la frontera Colombo Peruana se elaboró el Análisis de Situación de Salud como insumo para la planificación en salud en el marco de la Comisión de Vecindad e integración fronteriza y en la frontera Colombo Ecuatoriana se está ejecutando el proyecto binacional de “Sistema de Vigilancia Epidemiológica Mejorada en el Área de Frontera Colombo Ecuatoriana”, financiado a la fecha con recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 5237 de 2010; por un monto de \$250.894.913 y recursos de la Corporación Andina de Fomento–CAF.

### **3.2 Prevención y control de enfermedades transmisibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones**

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, ha asegurado la apropiación oportuna de recursos en el Presupuesto General de la Nación (PGN) lo que ha garantizado la disponibilidad de biológicos, asistencia técnica y capacitación permanente, en este sentido, en el 2012 se apropiaron \$239.329 millones para financiar el Programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel nacional, lo cual representa un incremento de \$60.000 millones con respecto al año 2011 y para el 2013 se realiza una apropiación de \$299.329 millones.

En los últimos tres años se logró el fortalecimiento técnico y financiero de este programa, gestionando el aumento de su presupuesto en 125%, lo cual ha permitido, entre otros logros, alcanzar lo siguiente:

- Universalización de la vacunación contra el neumococo para todos los niños y niñas, nacidos a partir del 1 de noviembre de 2010.
- Inclusión de vacuna contra la Hepatitis A en el programa regular, para los niños y niñas nacidos a partir del primero de enero de 2011.
- Inclusión de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en el programa regular, para las niñas de cuarto grado de básica primaria, que hayan cumplido nueve años a partir del año 2012.



- Inclusión de vacuna contra la Tos ferina en el programa regular para gestantes a partir de la semana 21 de gestación.
- Realización de *catch up* con VPH para las niñas desde grado sexto, hasta grado once de bachillerato.
- Diseño, prueba piloto y puesta en operación del sistema de información nominal del PAI en 33 Entidades territoriales.
- Dinamización de la operación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones y fortalecimiento de relaciones con las Sociedades académicas y científicas del país, tales como, Sociedad Colombiana de Pediatría, Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología y Federación Colombiana de Perinatología.
- Organización de procesos y procedimientos para la compra, almacenamiento y distribución de vacunas e insumos del PAI.
- Acompañamiento permanente al desarrollo del monitoreo de coberturas para el Programa Ampliado de Inmunizaciones en municipios con bajo cumplimiento.

### ***Coberturas***

El esquema nacional de vacunación del PAI, contiene 15 tipos diferentes de vacunas, las cuales protegen contra las siguientes enfermedades: poliomielitis; tuberculosis pulmonar y meningea; difteria; tosferina; tétanos; neumonías, meningitis y otitis por *Haemophilus influenzae* tipo b; Hepatitis B; influenza estacional; neumonías, meningitis y otitis por neumococo; diarrea por rotavirus; sarampión, rubéola, paperas, fiebre amarilla y hepatitis A.

En Colombia no se registra un caso de Poliomielitis salvaje desde 1991, de rubéola congénita desde el año 2005, de rubéola en menores de cinco años desde el 2009; sin establecerse cadenas de transmisión, la tasa de Tétanos neonatal ha mantenido la incidencia global por debajo de 0.01 casos por 1.000 nacidos vivos durante los últimos 4 años; se disminuyó la morbilidad y la mortalidad infantil por neumonía y meningitis causada por *Haemophilus Influezae* tipo b; y la Fiebre amarilla está en fase de control (en el año 2009, se reportaron 4 casos).

Con el esquema completo de la vacuna contra rotavirus se evidenció en una encuesta poblacional en hogares con niños con edades comprendidas entre 2 y 24 meses en 5 ciudades de Colombia su efectividad para enfermedad severa, una o dos dosis protegen contra hospitalización por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), disminuyendo el gasto de bolsillo, en especial 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.

Por su parte, en la primera fase del programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (2012-2013), se logró llegar a 345.110 niñas con dos dosis (reporte

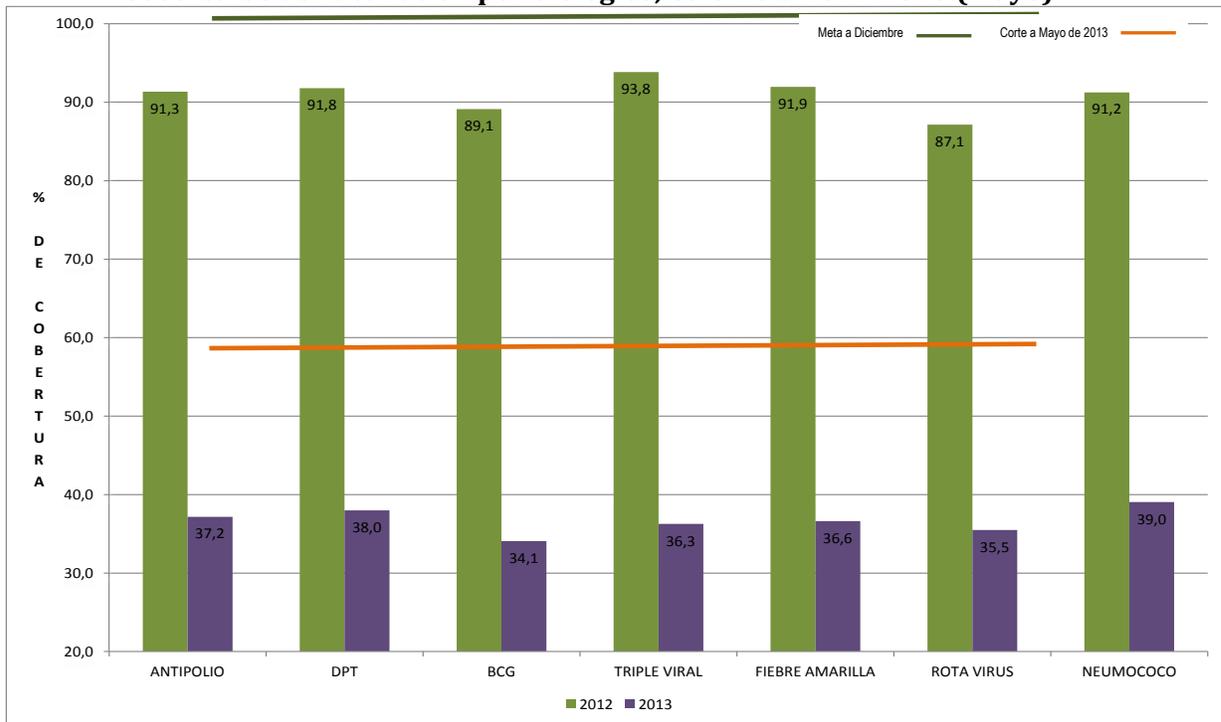


consolidado a 30 de mayo) lo cual representan el 92,3% de las escolares; cifras sin precedentes para los países que incorporan este tipo de vacuna.



A continuación, se presentan las coberturas de vacunación del año 2012<sup>5</sup> y 2013 (mayo):

**Gráfica No. 8**  
**Coberturas de vacunación por biológico, Colombia 2012-2013 (mayo)**



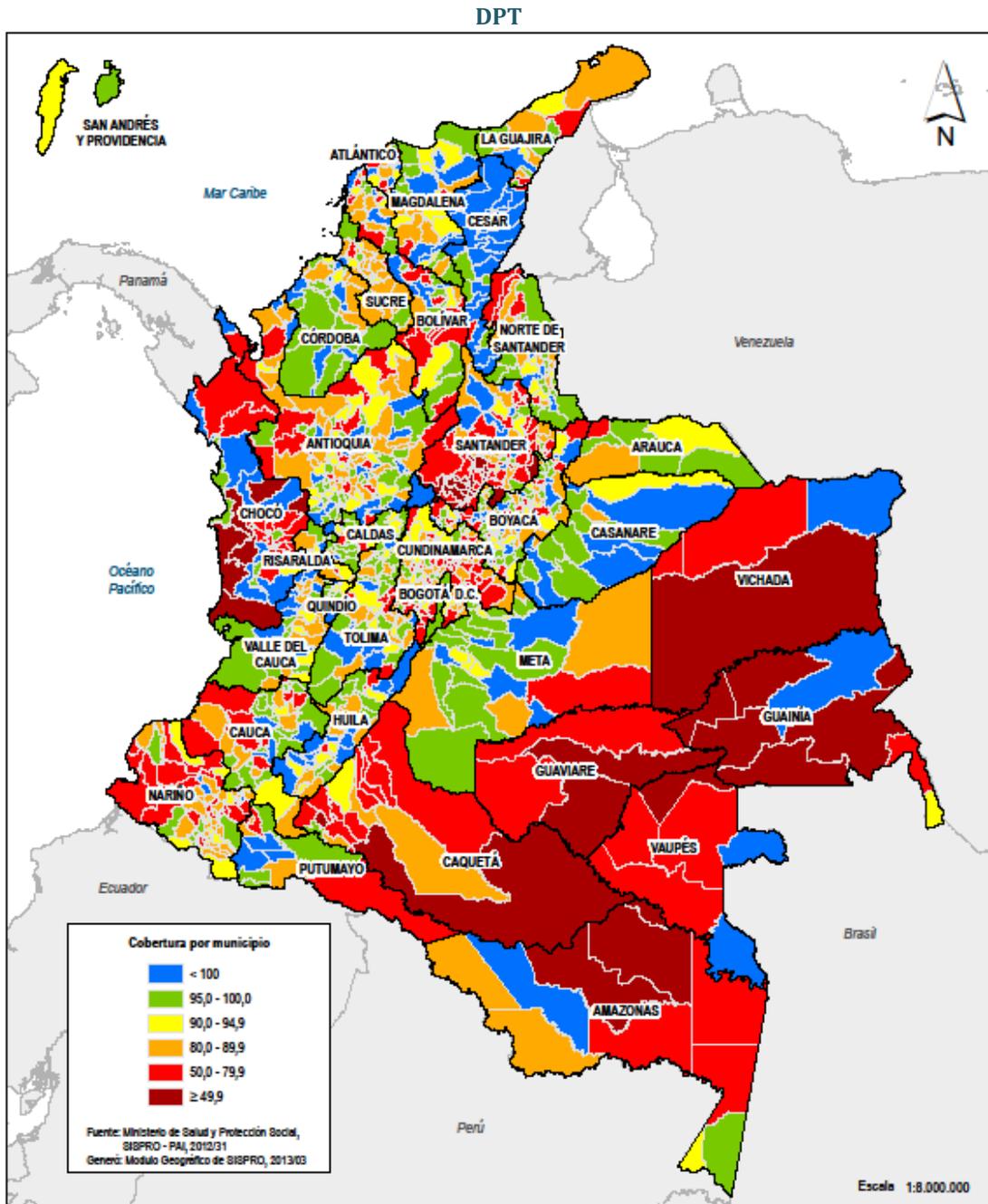
Fuente: Plantilla de Reporte Mensual. MSPS

<sup>5</sup> Año en el cual se ajustó la metodología de cálculo.



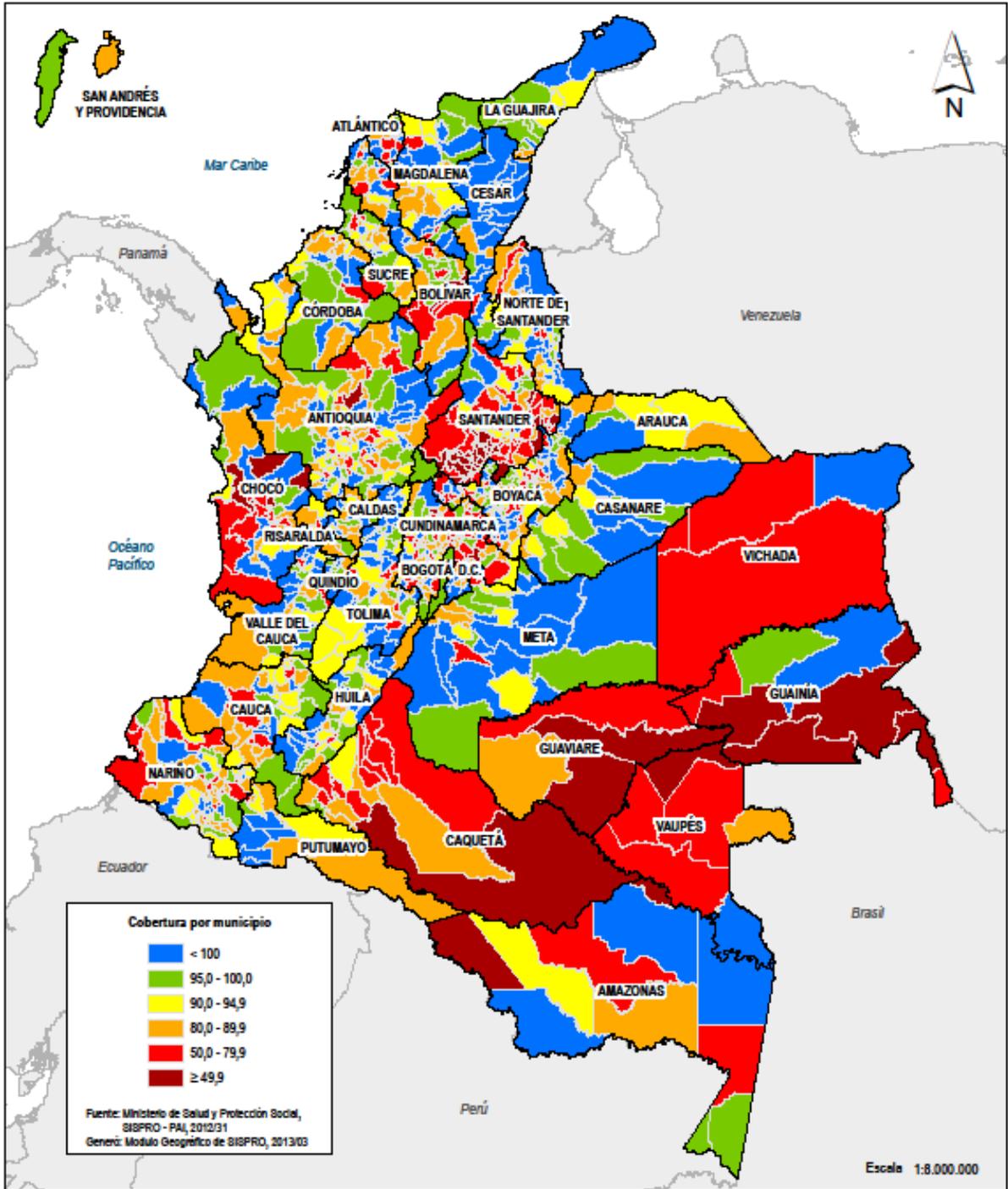
En el 2012, sólo los departamentos de Casanare, Cesar, Magdalena, Santander, Sucre, Valle, Córdoba, Meta y Norte de Santander y los Distritos de Bogotá, Cartagena y Barranquilla, obtuvieron coberturas de vacunación superiores al 90%; el 69% de los niños del país viven en municipios que tienen coberturas por encima de 80%.

**Gráfica No. 9. Coberturas DPT y Triple Viral**





### Triple Viral





### **Resultado de la vigilancia de las enfermedades Inmunoprevenibles**

A continuación se presentan los resultados del seguimiento efectuado por el Instituto Nacional de Salud a las enfermedades inmunoprevenibles:

**Tabla 26.**  
**Casos de enfermedades inmunoprevenibles notificados, Colombia**  
**Jul.-Dic. 2012 y Ene.-May.2013**

EVENTO	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADO JUL-DIC 2012	NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS, JUL-DIC 2012	MUERTES, JUL-DIC 2012	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS, ENE-MAY 2013	NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS ENE-MAY 2013	MUERTES ENE-MAY 2013
<b>Sarampión</b>	849	0	0	418	0	0
<b>Rubéola</b>	785	1	0	435	0	0
<b>Tosferina</b>	4.329	1.445	34	6.439	1.184	12
<b>Síndrome de Rubéola Congénita</b>	166	0	0	98	0	0
<b>Tétanos Neonatal</b>	1	0	0	0	0	0
<b>Tétanos Accidental</b>	36	26	7	15	8	3
<b>Parálisis Flácida Aguda</b>	51	0	0	52	0	0
<b>Varicela</b>	60.156	60.156	13	33.682	33.682	10
<b>Parotiditis</b>	4.918	4.918	0	2.712	2.712	0
<b>Meningitis por neumococo</b>	98	71	13	75	42	7
<b>Meningitis por haemophilus influenzae</b>	67	17	1	42	11	2
<b>Meningitis por Meningococo</b>	91	32	6	70	24	2
<b>Difteria</b>	6	0	0	1	0	0

Fuente: Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública-INS

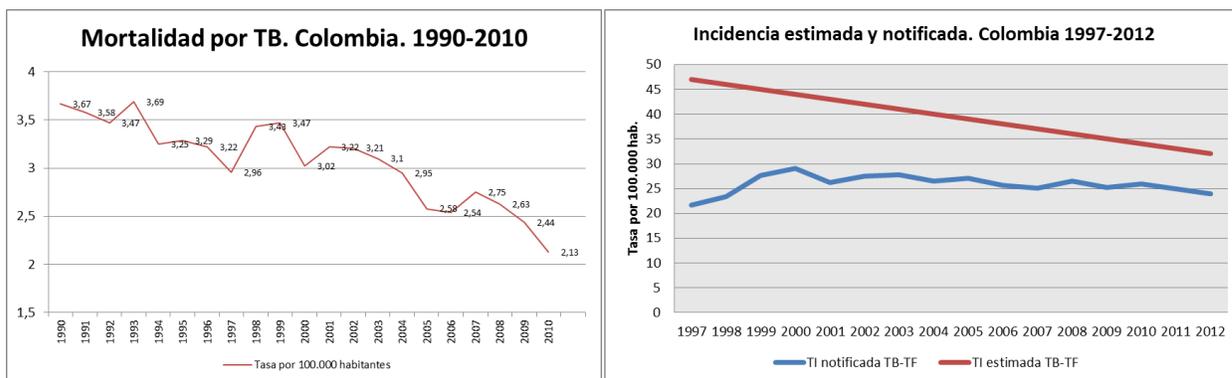
### **Prevención y control de la tuberculosis y la lepra**

En Colombia en el año 2012 se notificaron 12.326 casos de tuberculosis, 11.066 fueron casos nuevos (8.802 pulmonares, 2.264 extrapulmonares) y 763 fueron previamente tratados (358 recaídas, 44 fracasos y 361 abandonos recuperados); de



ahí que la incidencia de tuberculosis para el país en este periodo de tiempo fuera de 24.5 casos por 100.000 habitantes.

**Gráfica No. 10**  
**Coberturas de vacunación por biológico, Colombia 2011-2013 (mayo)**



**Fuente:** Programa Nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social. Actualizado; junio de 2013

En cuanto a los resultados de tratamiento de los pacientes diagnosticados con baciloscopia positiva, se ha observado una mejoría; es así como en el 2011 (último año disponible) se realizó seguimiento al 97% de los casos reportados, mientras que en el año 2001 dicho porcentaje fue menor al 50%; en el 2011 el 77% de los casos de tuberculosis fueron tratados exitosamente.

Así mismo, se observa una mejoría significativa en el éxito terapéutico de los casos previamente tratados pasando de 16.5% en la cohorte de 2010 a 44,7% en el 2011. Por su parte se ha observado una disminución significativa en la mortalidad por TB, es así, que en 1990 la tasa de mortalidad era de 3.67 casos por 100.000 habitantes a 2.13 en 2010.

En cuanto a Lepra en el 2012 se detectaron 392 casos nuevos y 620 casos en tratamiento con Poliquimioterapia al final del mismo año, conservando así la prevalencia en menos de un caso por 100.000 habitantes.

### **Prevención y control de la enfermedad respiratoria aguda**

En Colombia la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA), ha pasado desde 1998 de más de 35 casos por 100.000 niños menores de 5 años a 16.5 en 2010, y sin bien han continuado dando avances aún hay un grupo importante de muertes por IRA totalmente evitables, adicionalmente la IRA ocupa el 33% de los casos que se hospitalizan por todas las causas en dicho grupo de edad.



Producto de lo anterior la Dirección de Promoción y Prevención decidió en octubre del 2012, iniciar un proceso especial para desarrollar e implementar un Programa de Prevención y manejo de la IRA, con los siguientes logros:

- Coordinación nacional con equipos técnicos de alto nivel.
- Puesta en marcha de estrategias para la implementación del programa y de las áreas demostrativas a nivel nacional (compromiso inicial para que en el área metropolitana de Antioquia, en Barranquilla y en Bogotá se inicien experiencias demostrativas para la implementación del programa).
- Construcción de los lineamientos para la implementación del programa Nacional de prevención y manejo de la IRA, como base para el trabajo de lograr una Política de Salud Respiratoria.
- Actividades de asistencia técnica y acompañamiento a los entes territoriales, en donde se ha presentado brotes especiales de infección respiratoria aguda o Tosferina.
- Actividades de sensibilización y concertación con líderes académicos de la propuesta.

### ***Prevención y control de Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas***

#### **Avances para el fortalecimiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), resistencia bacteriana y consumo de antibióticos**

El Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSPS) llevó a cabo la primera fase del proceso de documentación y gestión para la construcción de la política de infecciones asociadas a la atención en salud bajo la metodología de diagnóstico participativo. Adicionalmente, se adelanta con el INS el fortalecimiento del Subsistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS, el cual incluye estrategias de vigilancia a las infecciones asociadas a dispositivos, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos, protocolos de vigilancia y el aplicativo web; que incluye el acompañamiento técnico a los 6 departamentos con mayor cantidad de hospitales con unidades de cuidado intensivo.

Durante el primer trimestre del año 2013 se adelantaron mesas de trabajo y consenso con Instituto Nacional de Salud, Supersalud, IPS públicas y Privadas de Baja, Mediana y Alta Complejidad. Igualmente se realizó revisión de literatura y asesoría por parte del *Center for Disease Control* (CDC) en Atlanta con el propósito de entregar propuesta de indicadores para vigilar y monitorear el País.

Se concluyó la necesidad de evaluar y vigilar indicadores más específicos por servicio y nivel de complejidad, así como la de evaluar y medir el lavado de manos de manera transversal en todas las IPS.



Se identificó la necesidad de desarrollar sancionar a quienes no reporten de manera oportuna y con calidad la información por parte de la Supersalud.

Los indicadores que se propone evaluar, vigilar e implementar son:

1. Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador (NAV).
2. Tasa de incidencia de Infección Sintomática del Tracto Urinario
3. Tasa de incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC)
4. Porcentaje de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) de Bypass Coronario con incisión torácica y del sitio donante
5. Porcentaje de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) de Craneotomías
6. Porcentaje de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) de Artroplastia de cadera
7. Porcentaje de Infección de Sitio quirúrgico (ISQ) de Herniorrafia con malla
8. Porcentaje de Endometritis postcesárea
9. Porcentaje de Endometritis postparto vaginal
10. Porcentaje de Adherencia a Higiene de manos

Se realizó diagnóstico consensuado del estado de la política, normatividad y vigilancia de la resistencia a antimicrobianos en el país.

## **Enfermedades desatendidas**

Se elaboró el Plan Integral e Interprogramático para la prevención, el control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2013.

### ***Oncocercosis***

Con respecto a esta enfermedad, se finalizó el periodo de vigilancia post-endémica, con el envío de un dossier a OMS solicitando visita de verificación de cumplimiento de estándares de ausencia de enfermedad y corte de transmisión; dicha visita se efectuó en el 2012 por parte de un equipo internacional delegado por OMS, certificando el cumplimiento de criterios de eliminación de oncocercosis del foco nacional. Colombia es el primer país en el mundo en eliminar esta enfermedad.

### ***Tracoma***

Se identificó esta enfermedad en la región oriental del departamento de Vaupés, y se determinó su prevalencia con metodología de Censo, encontrándose que el 30.4% de los niños entre 1 y 9 años de edad tienen formas activas de esta enfermedad, con lo cual se categoriza a dicha región como un foco hiper-endémico.

A partir de lo anterior, se realizó intervención integral del foco, con la primera ronda de antibioticoterapia masiva y educación comunitaria, con logro de coberturas óptimas (superiores a 90%) a finales de 2012.



## ***Geohelminthiasis***

Se realizó la primera fase de la Encuesta Nacional de Parasitismo en Población Escolar en la Región Atlántica; ésta suministró la línea de base para el programa de quimioterapia preventiva antihelmíntica, a desarrollar en esos departamentos.

Se elaboraron los lineamientos nacionales de desparasitación antihelmíntica, los cuales fueron validados por expertos de la academia, las sociedades científicas, y expertos de la OPS/OMS.

### **3.3 Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis**

Con relación a las enfermedades transmitidas por vectores, se presentan los casos notificados en los periodos de julio a diciembre de 2012 y de enero a mayo de 2013:

**Tabla 27.**  
**Casos por Dengue notificados, Colombia, Jul.-Dic.2012 y Ene.-May.2013**

EVENTO	JUL- DIC 2012	ENE-MAY 2013
<b>Dengue</b>	28.215	52.413
<b>Dengue Grave</b>	799	1.213
<b>Muerte Por Dengue</b>	43	67

**Tabla 28.**  
**Casos por Malaria notificados, Colombia, Jul.-Dic.2012 y Ene.-May.2013**

	JUL-DIC 2012	ENE-MAY 2013
<b><i>M. falcíparum</i></b>	8.213	9.217
<b><i>M. vivax</i></b>	21.065	19.697
<b><i>M. mixta</i></b>	352	447
<b><i>M malariae</i></b>	5	17
<b>Muertes</b>	10	4

**Fuente:** Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública - INS

**Tabla 29.**  
**Casos por Leishmaniasis notificados, Colombia, Jul.-Dic.2012 y Ene.-May.2013**

EVENTO	JUL-DIC 2012	ENE-MAY 2013
<b>L. Cutánea</b>	5.220	2.493
<b>L. Mucosa</b>	123	38
<b>L. Visceral</b>	1	6

**Fuente:** Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública - INS



### **Prevención y control de la rabia**

En el año 2012, se invirtieron en la adquisición de vacuna y suero antirrábico humano \$2.241.859.556 (70.000 dosis de vacuna antirrábica de uso humano y 12.500 viales de suero antirrábico para uso humano); \$1.872.500.000 (3.500.00 dosis) para la compra de vacuna antirrábica de uso en perros y gatos, biológicos que fueron distribuidos a las DTS de acuerdo con la programación y demanda de esos insumos. Adicionalmente se adelantaron las acciones de prevención y control de la Rabia; actualmente, se mantiene en cero, desde enero de 2007, los casos de rabia humana transmitida por perro, cumpliendo de esta forma la meta de eliminación de rabia humana transmitida por perro.

También se implementó la estrategia de aplicación del esquema pre exposición antirrábico en comunidades dispersas de difícil acceso en los departamentos de Chocó, Cauca, Nariño, Vaupés y Vichada, focalizando una población 10.876. Así mismo se elaboró la metodología para la estimación de población de perros y gatos, así como una cartilla para fomentar la tenencia responsable de perros y gatos.

Para la prevención, vigilancia y control de otros eventos zoonóticos de interés en salud pública, se realizó estudio de caracterización de la atención y tratamiento de personas con síndrome febril agudo (Encefalitis, Leptospira, Rickettsia, Brucelosis), a fin de establecer las medidas para mejorar la sospecha clínica y las capacidades para su diagnóstico y tratamiento.

Finalmente, se elaboraron: i) los lineamientos para la inspección, vigilancia y control sanitario a establecimientos veterinarios y afines; ii) el manual para el manejo, conservación, transporte y aplicación de los biológicos del programa de zoonosis; y iii) la Guía integral para control de roedores plaga.

En cuanto a los eventos de zoonosis y accidentes por animales venenosos, se fortaleció el proceso de vigilancia obteniendo los siguientes logros:

**Tabla 30.**  
**Casos de rabia, leptospirosis y accidente ofídico notificados, Colombia, Jul-Dic 2012 y Ene-May 2013**

EVENTO	JUL-DIC 2012	ENE-MAY 2013
<b>Rabia humana</b>	0	0
<b>Rabia animal</b>	3	1
<b>Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.</b>	43.776	35.890
<b>Leptospirosis</b>	557 (casos Confirmados) 494 (casos sospechosos)	237 (casos confirmados) 893 (casos sospechosos)



**Fuente:** Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública – INS

- Se crearon mesas de trabajo intersectoriales para los eventos leptospirosis, encefalitis equinas y rabia silvestre; con el fin de desarrollar estrategias de vigilancia integrales y con la participación de todos los actores.
- Se ajustó el protocolo de vigilancia con todas las instituciones que intervienen en el proceso de prevención y control de este evento en Colombia, lo cual va a permitir generar acciones intersectoriales ante la presencia de casos.
- Se realizó una reunión con expertos nacionales e internacionales de Brucelosis, de la cual se diseñó una estrategia de vigilancia integral del evento proyectada para ejecución al 2015, mientras se ajustan procesos de vigilancia humana, animal y diagnóstico por laboratorio.
- Para el tema de rabia, se realizó una reunión de expertos nacionales e internacionales, para verificar los componentes de la vigilancia del evento y generar recomendaciones para el mejoramiento de los procesos, dado el alto número de casos en animales en la Costa Atlántica y el caso humano confirmado.
- Se creó el comité nacional de leptospirosis integrado por representantes del MSPS, INS e ICA con el apoyo de la OPS, basado en la necesidad de generar una estrategia para la vigilancia y la toma de decisiones en cuanto a la prevención y control del evento. Para lo cual, se revisó y ajustó el protocolo de vigilancia de leptospirosis con el apoyo de la ACIN (Asociación Colombiana de Infectología) con el fin de mejorar los procesos de detección de casos y un manejo oportuno de los pacientes sospechosos.
- Durante el año 2012 se ejecutó la fase nacional del proyecto “Abordaje de los factores de riesgo asociados a la presentación de brucelosis y del complejo teniosis cisticercosis en Colombia”, periodo en el cual se recolectaron: 6.208 muestras de heces humanas, 6534 muestras de suero humano, 610 muestras de suelo, 609 muestras de agua, 5280 muestras de suero de bovinos, 3478 porcinos, 1967 perros, 983 especies complementarias; ya se obtuvieron los resultados del procesamiento de las muestras en los diferentes laboratorios, adicionalmente a la digitación en las bases de datos correspondientes. Los productos fueron entregados por la Universidad Nacional de Colombia y se encuentran en revisión y ajuste según los requerimientos del grupo de zoonosis del INS.
- A través del fortalecimiento de la vigilancia se revisó el protocolo de vigilancia de accidente ofídico y se ajustó la propuesta de protocolo de accidentes por otros animales venenosos con expertos de la Universidad de Antioquia
- Se acompañó el proceso de desarrollo de un programa virtual de capacitación dirigido a personal médico y del área de la salud en accidente ofídico y accidentes por otros animales venenosos. Lo anterior se hace con el fin de contar con información oportuna, que permita evaluar los factores que pudieron contribuir a las muertes producidas por este tipo de accidentes.



### **3.4 Salud Sexual y Reproductiva-SSR**

El Ministerio de Salud y Protección Social, destinó \$18.933.587.135 en el 2012 y \$27.927.476.442 en el 2013, a las acciones en Salud Sexual y Reproductiva a cargo de este Ministerio, incrementando la inversión respecto al 2011 (\$14.088.127.339). Las acciones frente a esta prioridad se desarrollan a través de cuatro (4) líneas de política, cuyos avances durante el periodo 2012 y 2013 se presentan a continuación:

#### **Línea 1: Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes**

El Ministerio de Salud y Protección Social, y los demás sectores integrantes e invitados de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, involucrados en la implementación del Conpes 147 de 2012 denominado “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años” ha avanzado en el cumplimiento de los compromisos adquiridos y los principales avances y logros son:

##### **a) Eje de fortalecimiento institucional**

Desde este eje se apunta al fomento de espacios intersectoriales por lo cual se han creado a nivel nacional tres (3) mesas:

- Mesa de movilización social: Liderada por Colombia Joven con la participación de cerca de 1000 jóvenes a través de talleres regionales.
- Mesa de Comunicación: Liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, esta mesa apoya el desarrollo de la Semana de prevención del Embarazo en Adolescentes, la realización de 2 jornadas de Sexualizatic (Red virtual dirección: [www.sexualizatic.co](http://www.sexualizatic.co)), la campaña: POR MI, YO DECIDO.
- Mesa de evaluación: Liderada por el Ministerio de Salud y protección Social y la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer; desde esta mesa se trabajó en el Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo en Adolescentes (ONIEA) y la construcción de los indicadores para el Tablero de Control de la Estrategia del Conpes 147.

También desde este eje se conformó un equipo de personas integrado por 16 coordinadores regionales a cargo de apoyar la territorialización de la estrategia prevención del embarazo en la adolescencia en los 192 municipios de 30 departamentos priorizados para el pilotaje del Conpes 147/12, cuyos logros han sido:



- Inclusión de acciones para la prevención del embarazo adolescente y promoción de proyectos de vida de NNA, en los planes de gobierno y gestión de los consejos municipales y departamentales de política social.
- Creación y/o fortalecimiento de espacios de trabajo intersectorial.

Finalmente, desde este eje se han desarrollado documentos técnicos como: Metodologías de identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo; Metodologías de evaluación de rutas intersectoriales de prevención de embarazo en la adolescencia; Ruta de atención en salud para la prevención del embarazo subsiguiente y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; Guía para alcaldes y alcaldesas para la implementación del CONPES 147/12; Manual de incidencia política y abogacía: elementos conceptuales y prácticos para la implementación del CONPES 147/12; Definiciones teóricas, políticas y programáticas que sustentan y orientan el accionar intersectorial en el país, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y el CONPES 147 de 2012.

#### **b) Eje de desarrollo humano y proyecto de vida**

- Desarrollo con el SENA de un curso virtual para la formación de agentes educadores en derechos humanos, sexuales y reproductivos que permitirá la formación de 25.000 agentes de todos los sectores con competencias en el CONPES y sociedad civil a 2014.
- Formación de 126 profesionales de 22 DTS en el “Diplomado para la formación del recurso humano prestador de servicios de salud de IPS públicas y privadas que atienden niños, niñas y adolescentes según la definición de los perfiles y funciones de los profesionales requeridos para la aplicación del modelo de atención en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes -SSAAJ”.
- Participación de 200 jóvenes que conforman el Consejo Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en la Semana de la Prevención del Embarazo Adolescente en septiembre de 2012.
- Conformación de 28 nuevas veedurías sociales de adolescentes en servicios de salud amigables, para un total de 38 veedurías funcionando en el país en los departamentos de Atlántico, Antioquia, Bogotá, Boyacá, Cesar, Cundinamarca, Cauca, Huila, Meta, Quindío y Santander.

#### **c) Eje de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes con énfasis en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivo**

- Se crearon nuevos servicios amigables en: Antioquia, Cauca, Valle, Cesar y Guajira; con lo cual se logra una cobertura del 100% de los departamentos del país y cerca del 75% de los municipios.
- Asistencia técnica a más de 60 municipios y 260 profesionales de la salud y ciencias sociales para su implementación y sostenibilidad de los servicios.



- Formación de 40 profesionales de las Direcciones de Sanidad de la Policía Nacional de las Regionales de Bogotá, Santander y Meta para la implementación de los servicios de salud amigables.

#### **d) Eje monitoreo, evaluación, seguimiento y gestión del conocimiento**

- Diseño del Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo en la Adolescentes.
- Investigación sobre los determinantes e impactos psico-sociales que acompañan el evento del embarazo en menores de 15 años, tipo Estudio de Casos.

#### **Línea 2: Salud materna**

- a) Desarrollo de dos (2) videos, uno sobre “Seguridad Clínica en la atención obstétrica” y otro sobre “Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos no constitutivos de delito”<sup>6</sup>.
- b) Fortalecimiento de capacidades locales y el afianzamiento del recurso humano en salud para la atención del parto normal y distócico y en la identificación precoz y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas basados en los diagramas de flujo:
  - 12 video conferencias con evaluación pre y pos test con participación de 26 DTS (Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Huila, Magdalena, Meta, N. de Santander, Nariño, Putumayo, Risaralda, Quindío, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima y Valle) y **973 profesionales** de salud (48 gineco -obstetras; 180 médicos generales, 410 enfermeras y 27 epidemiólogos).
  - 5 Talleres Regionales con participación de **20 DTS** (Bogotá, Valle, Cauca, Risaralda, Quindío, Caquetá, Bolívar, Atlántico, Cartagena, Barranquilla, Guajira, Meta, Casanare, Putumayo, Antioquia, Cundinamarca, Boyacá, Norte de Santander, San Andrés y Guainía) y **208 profesionales** (24 gineco-obstetras, 61 médicos generales, 111 enfermeras y 14 profesionales de otras disciplinas y por proveniencia 110 de IPS, 37 de EPS, 45 de DTS y 16 de otras organizaciones).
  - 8 Talleres Departamentales realizados bajo la metodología del curso Colapso Materno, el grupo de facilitadores lo conformaron especialistas en obstetricia, anestesiología, cuidados intensivos y medicina interna; participaron 8 DTS (Nariño, Cauca, Caquetá, Chocó, Córdoba, Antioquia, Magdalena y Guajira) y 920 profesionales y técnicos de salud de salud.

---

<sup>6</sup> El video sobre “Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos no constitutivos de delito” está disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Derechos-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>



- c) Evaluación de la red de servicios disponibles para la atención de la emergencia obstétrica en la alta y mediana complejidad en el marco del Modelo de “Gestión de seguridad del paciente en la atención con calidad del cuidado obstétrico”: 15 IPS de 8 DTS (Nariño, Cauca, Caquetá, Chocó, Córdoba, Antioquia, Magdalena y Guajira).
- d) Validación técnica y operativa del Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada: 266 profesionales (74 de IPS públicas, 36 de IPS privadas y 25 de EPS) de 21 DTS (Amazonas, Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Nariño, Risaralda, Santander, Tolima y Valle), participaron de la socialización de la primera versión del Protocolo.
- e) Validación técnica y prueba piloto del Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Neonatal Extrema en 9 IPS de alta complejidad de las ciudades de Bogotá, Cali, Cartagena, Medellín y Bucaramanga.
- f) Fortalecimiento de actores para la atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo –IVE de acuerdo a la Sentencia C-355 de 2006, a través de 5 talleres a las Direcciones Territoriales de Salud–DTS, EPS e IPS con participación de 127 funcionarios y funcionarias de 5 Secretarías Departamentales de Salud (Nariño, Atlántico, Bogotá, Meta y Valle del Cauca) y 24 EPS a nivel nacional; 5 talleres a profesionales de la salud para la atención integral en IVE con participación de 68 IPS (Primer nivel 40, Segundo nivel 22 y Tercer nivel 6) y 167 profesionales de 5 Secretarías Departamentales de Salud (Nariño, Atlántico, Bogotá, Meta y Valle del Cauca); y 5 Foros regionales de discusión y sensibilización dirigidos a actores sociales (organizaciones de la sociedad civil y actores de otros sectores), en las ciudades de Villavicencio, Tunja, Cartagena, Bogotá y pasto<sup>7</sup>.
- g) Validación de estándares técnicos de apoyo a la atención integral en salud sobre: i) Atención post aborto en curso, postaborto y sus complicaciones; ii) Asesoría y acompañamiento pre y post para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE); y iii) Atención integral de la a IVE en el bajo nivel de complejidad.

### **Línea 3: Abordaje integral de las violencias de género y sexuales**

#### **a) Prevención de las violencias de género y sexual**

- Desarrollo de estrategias de movilización social construidas de manera participativa con actores institucionales y organizaciones de la sociedad civil en 10

---

<sup>7</sup> Ver soportes en el enlace electrónico: [http://www.prevencion-del-aborto-inseguro.com/?debut\\_articles=10](http://www.prevencion-del-aborto-inseguro.com/?debut_articles=10)



Departamentos (Arauca, Putumayo, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, Cauca, Norte de Santander, Nariño y Meta).

- Diseño de una Guía Metodología para la Construcción de Estrategias de Movilización Social, Información, Educación y Comunicación para la prevención de las violencias de género.
- Publicación de material pedagógico: i) Cartilla sobre Movilización Social para la Prevención de las Violencias de Género y Sexual (2012); ii) Video y Multimedia sobre Movilización Social para la Prevención de las Violencias de Género.

## **b) Gestión del conocimiento**

- Participación junto con el Instituto Nacional de Salud –INS, en la construcción e implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencia contra la Mujer, Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual –SIVIGILA a partir del 1 julio de 2012 con 1832 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), las cuales se ubican en 964 municipios y cuatro distritos de los 32 departamentos<sup>8</sup>.
- Consolidación de la línea de violencias de género y violencias sexuales en el Observatorio Nacional de Violencias<sup>9</sup>.
- Creación y funcionamiento del subcomité interinstitucional de sistemas de información<sup>10</sup> en el marco de las leyes 1146 de 2007, 985 de 2005, 1257 de 2008 y 1336 de 2009.

## **c) Fortalecimiento y desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, prevención y atención**

- Expedición de la Resolución 459 de 2012 que adopta el Modelo y Protocolo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- Participación en el proceso de reglamentación de la Ley 1257 de 2008, específicamente en el Decreto 2734 de 2012, por medio del cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia, y la Resolución 1895 de 2013 de financiamiento de las medidas de atención, que incluye los

---

<sup>8</sup> A la fecha se han identificado un total de 63.256 hechos notificados y registrados de violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual, de las cuales el 73% se registró en mujeres y el 27% en hombres; el 40% corresponden a violencia física, el 26% a privación y negligencia, el 18% a violencia psicológica y el 16% a violencia sexual. De estos casos 153 casos corresponden a violencia sexual en el marco del conflicto armado.

<sup>9</sup> Participa la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Comité de Víctimas y el Subcomité Interinstitucional de Sistemas de Información

<sup>10</sup> La secretaría técnica del subcomité de sistemas de información está a cargo de la Alta Consejería Presidencial para la Mujer con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social. Participan en éste subcomité: Justicia, ICBF, Policía Nacional, Procuraduría General de la Nación, DANE, Medicinal Legal, Instituto Nacional de Salud, Fiscalía General de la Nación, Consejo Superior de la Judicatura y Ministerio del Interior.



lineamientos técnicos sobre los procedimientos y mecanismos para la implementación de dichas medidas.

- Diagnóstico de los procesos intersectoriales de atención, construcción de rutas intersectoriales de atención y fortalecimiento de espacios de coordinación intersectoriales en 10 Departamentos (Arauca, Putumayo, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, Cauca, Norte de Santander, Nariño y Meta) para mejorar la atención integral de las violencias de género, especialmente en las violencias sexuales.
- 32 talleres departamentales y uno distrital en Bogotá de capacitación a los actores del SGSSS y miembros de los CLOPAD y CREPAD y equipo de Sanidad de Policía Nacional en el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual.
- Distribución de 500 kits Post Exposición - PEP de violencia sexual y capacitación respectiva de profesionales de salud de 232 municipios.
- Diseño del “Modelo de planes de mejoramiento institucional, monitoreo y seguimiento para fortalecer la atención integral a víctimas de violencia sexual” de acuerdo a la Resolución 0459/2012, y su implementación en 35 DTS departamentales y municipales, 35 IPS y 19 EAPB.
- Inclusión en la Resolución 1441 de 2013 (modificatoria de la 1441 de 2006) del SOGC, del estándar que establece que el talento humano de los servicios de urgencias debe tener certificación de la formación en atención a las víctimas de violencia sexual, según lo establecido en la Resolución 459 de 2012.
- Diseño de la estrategia B-Learning para la capacitación del talento humano en salud en el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual; en el segundo semestre de 2013 se formará la primera cohorte de 180 profesionales del sector salud de todo el país.
- Tres (3) jornadas interinstitucionales en los municipios de María La Baja (Bolívar), Tumaco (Nariño) y Buenaventura (Valle del Cauca), lideradas por el Programa Presidencial de Derechos Humanos para el fortalecimiento institucional en prevención, protección y atención de las víctimas de violencia sexual, especialmente en el marco del conflicto armado.
- Publicación de material pedagógico respecto a la atención integral a víctimas de violencia sexual: i) CD Multimedia para capacitación en el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual; ii) Videos: “Acto Vital” de sensibilización para funcionarias y funcionarios del sector salud y de rutas intersectoriales de atención integral para las víctimas de violencia sexual; iii) Paquete didáctico sobre el kit post-exposición para profilaxis de ITS/VIH, hepatitis B y anticoncepción de emergencia.

#### **d) Fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes**

Capacitación de grupos organizados de mujeres en derechos sexuales y reproductivos y entrega de material pedagógico (120 Kits Mades) para la realización de acciones de movilización y educación en SSR con énfasis en violencia sexual; a 135 hombres



capacitados en derechos sexuales y reproductivos, nuevas masculinidades y prevención de las violencias de género; y (1) taller nacional para el seguimiento y fortalecimiento de 25 organizaciones de mujeres desplazadas víctimas del conflicto armado de 13 departamentos del país en acciones de Movilización Social para la Prevención de las Violencias de Género y Violencias Sexual.

#### **Línea 4: Prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA**

El modelo de gestión Programática en ITS-VIH/SIDA ha venido implementándose con éxito en el país siendo importante la caracterización de la epidemia a través de mejores herramientas de vigilancia en salud pública y a la implementación de la vigilancia en segunda generación que liga estudios de comportamiento sexual a prevalencias en sectores de población en contextos de vulnerabilidad.

Lo anterior, ha permitido diseñar estrategias propias para el trabajo en escenarios de epidemias concentradas, que se definen como aquellas con prevalencias menores al 1% en población general y superiores al 5% en por lo menos una de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad. En consecuencia, se han focalizado acciones hacia las poblaciones más afectadas, con estrategias de prevención específicas, maximizando así los recursos disponibles.

Entre los logros y avances alcanzados con respecto a la gestión programática en ITS-VIH/SIDA durante el periodo de reporte Mayo 2012 – Mayo 2013, se encuentran:

- a) Realización permanente de procesos de asistencia técnica.
- b) Producción (actualmente en desarrollo) de una estrategia de información, educación y comunicación (Eduentretenimiento) para facilitar el acceso de adolescentes y jóvenes a la asesoría y prueba voluntaria para VIH, entre otras temáticas. Las herramientas pedagógicas incluyen un seriado de televisión que se emitirá en el segundo semestre del año 2013.
- c) Producción y pauta de la Campaña “¿Siempre con Condón?: Obvio”, que fue emitida a través de los canales de televisión y desarrollo de acciones conmemorativas del día mundial del sida acorde a lo contemplado en la Ley 972 de 2005.
- d) Desarrollo de acciones para sensibilizar a las mujeres de las comunidades más vulnerables a las ITS – VIH sobre el uso del condón femenino y explorar las condiciones de aceptabilidad antes de ampliar su distribución. Para estas acciones, el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA como acción colaborativa realizó una donación de 600.000 condones femeninos.
- e) Elaboración del documento técnico “Manual para la Adquisición, Suministro y Distribución de Condones en Colombia”, en colaboración con el UNFPA.
- f) Desarrollo de una guía de prevención secundaria, dirigida a las personas que viven con el VIH y a sus cuidadores. El Manual “Cuidar de mi es cuidar de ti” contiene elementos fundamentales en las áreas de autocuidado, adherencia a los



- medicamentos y rutas de acceso a los servicios de salud, entre otras temáticas. La herramienta se acompaña de un video realizado de la mano de las comunidades afectadas.
- g) Desarrollo de una investigación operativa orientada a la búsqueda de niñas niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH 2009-2011 y la construcción de una estrategia de inspección, vigilancia y control dirigida a empresas promotoras de salud, direcciones territoriales con enfoque de atención primaria en salud para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Actualmente el porcentaje de niños infectados sobre el total de niños nacidos de madres infectadas es del 4.9%. Sin intervención, el porcentaje sería del 25-30%. La meta es lograr una reducción por debajo del 2%.
  - h) Desarrollo permanente del análisis de datos suministrados por la Cuenta de Alto Costo en VIH / SIDA establecida por resolución 4725 de 2011. Esta herramienta permite hacer un seguimiento más cercano a la prestación de los servicios que brindan las EPS. Según el primer reporte de la cuenta de Alto costo, sobre un total de 37,071 registros de pacientes vivos confirmados, hay 25,940 pacientes entre 15 y 49 años de edad que tienen criterios de inicio de tratamiento (carga viral y linfocitos CD4), de los cuales 25,460 lo están recibiendo, para una cobertura del 98.15%. No obstante, es necesario garantizar la continuidad del tratamiento, principalmente en escenarios donde existe movilidad de los usuarios al interior del Sistema de Salud, por causal como pérdida de empleo (Ley 972 de 2005).
  - i) Orientación y acompañamiento permanentes del Ministerio de Salud y Protección Social en la implementación de la propuesta aprobada por el Fondo Mundial en el área de VIH/SIDA para el diseño y difusión de planes y proyectos preventivos dirigidos a las poblaciones más vulnerables.

Todos los productos, así como las cifras de seguimiento a la epidemia, se encuentran disponibles en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Resultados de la vigilancia en salud pública de las ITS/VIH-SIDA**

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 la tabla se informan los casos presentados por Infecciones de Trasmisión Sexual-ITS para julio-diciembre de 2012 y enero-mayo de 2013:



**Tabla 31.**  
**Casos de Sífilis y Mortalidad por VIH - SIDA notificados, Colombia**  
**Jul-Dic 2012 y Ene-May 2013**

EVENTO	JUL-DIC 2012	ENE-MAY 2013
<b>Sífilis Congénita</b>	956	624
<b>Sífilis Gestacional</b>	2.112	1.667
<b>Casos VIH - SIDA</b>	4.039	2.898
<b>Muertes VIH - SIDA</b>	270	145

**Fuente:** Dirección de vigilancia y análisis del riesgo 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.

### 3.5 Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

Las estrategias, proyectos y acciones en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles se desarrollan en el marco de dos líneas de acción: 1) *Transformación positiva de los entornos para los modos, condiciones y estilos de vida saludables*; y 2) *Mejoramiento de la capacidad de respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la atención integral de personas con condiciones crónicas*. En el marco de lo anterior, a continuación se presentan los principales avances y logros alcanzados en el periodo:

Línea de Acción No. 1: Transformación positiva de los entornos para los modos, condiciones y estilos de vida saludables.

En promoción de Estilos de vida saludables, se resalta la implementación de acciones intersectoriales que benefician a cerca de siete millones de colombianos en materia de prevención del consumo de tabaco, promoción de la actividad física y el consumo de frutas y verduras.

De otra parte, en el marco de esta línea de acción se desarrollan las siguientes estrategias, programas e intervenciones:

#### **Promoción de entornos saludables**



## ***Escuela Saludable***

Estrategias nacionales de promoción de estilos de vida saludable desplegadas en todo el territorio nacional, a través de acuerdos con el Ministerio de Educación Nacional, en las 32 entidades territoriales y los municipios certificados en educación.

Desarrollo de cuatro (4) módulos de auto-aprendizaje virtual, para la implementación de estrategias y la promoción de estilos de vida saludable en el entorno escolar. Los módulos están dirigidos a docentes- orientadores de las instituciones educativas y abordan: Metodologías y estrategias didácticas para la educación para la salud en el ámbito escolar. Se establecen las orientaciones para construir rutas de atención para los servicios de salud y bienestar en 5 temáticas prioritarias: alimentación saludable, actividad física, salud visual, oral auditiva, prevención del maltrato y violencia, salud sexual y reproductiva.

Articulación y coordinación intersectorial y sectorial **en el marco del Comité Nacional de Entornos Saludables**, con planeación de acciones conjuntas y concertadas en el tema Salud Cundinamarca, Organización Panamericana de la Salud-OPS, Colombia.

Implementación de la Estrategia promocional de EVS, a través de experiencias piloto en 5 entidades territoriales, con participación de 230 establecimientos educativos y 315 docentes en instituciones de educación básica y media.

Desarrollo de proyectos pedagógicos transversales y dirigidos a población escolarizada y no escolarizada en zonas de alta vulnerabilidad por conflicto y población desplazada, en la promoción de estilos de vida saludables en el entorno escolar, a través de la estrategia “Escuela de puertas abiertas” en el marco del convenio suscrito por el Ministerio con la organización internacional para las migraciones.

Adicionalmente, se realizó la emisión de tres mensajes para radio y tres mensajes para televisión, en el que se promocionan estilos de vida saludable. 100 mensajes en televisión en canales nacionales distribuidos en las diferentes franjas de programación. 700 mensajes en las diferentes franjas de programación. Mínimo se debe contar con 8 canales regionales 35.000 mensajes, emitidos durante 45 días en emisoras con cobertura nacional y emisoras regionales, comunitarias y de interés público, el objetivo era lograr la visibilización, sensibilización y apropiación de la estrategia en toda la población Colombiana.

Desarrollo e implementación de estrategias lúdicas y culturales de movilización social, vinculando a jóvenes en 10 departamentos en torno a la promoción de estilos de vida saludable (EVS).



## **Universidades Promotoras de Salud**

Plan de asistencia técnica a nivel nacional con el equipo coordinador de la REDCUPS y a nivel territorial con asistencia técnica a los nodos Antioquia, Boyacá y Valle del Cauca en coordinación con la Red Nacional de Universidades Promotoras de la Salud REDCUPS que agrupa alrededor de 50 universidades en el país.

Definición de “Guía para la evaluación y fortalecimiento de las UPS”, que permitirá orientar el desarrollo de la estrategia UPS, a nivel nacional.

Fortalecimiento de capacidades de los equipos técnicos de las universidades que implementan la estrategia e intercambio de experiencias nacionales e internacionales en la promoción de la salud en el entorno universitario para lo cual se realizó un “Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud”.

## **Organizaciones laborales saludables**

Desarrollo de piloto para la identificación de factores de riesgo para ECNT en población trabajadora del Ministerio de Salud y Protección Social (Institución piloto) realizada por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), para construir línea base para riesgo cardiovascular de los trabajadores del Ministerio y elaborar el marco de referencia para la definición de organizaciones saludables en el país.

**Conformación de un equipo técnico asesor del proyecto “organizaciones saludables”, de alto nivel técnico**, donde participa la comunidad académica y se definen las intervenciones y el desarrollo del proyecto con base en la mejor evidencia científica en el tema de enfermedad y riesgo cardiovascular.

## ***Espacio público saludable y vivienda saludable***

**Estudio para el fortalecimiento de la gestión de entornos urbanos**, en el cual se desarrolló la propuesta técnica de Ciudades Saludables que busca que los instrumentos de planificación y el marco normativo del desarrollo urbano promueva equipamientos urbanos que transformen los entornos a fin de que faciliten y promuevan prácticas y estilos de vida saludables.

Desarrollo de una propuesta de acciones para la inclusión en el CONPES (en construcción, el objetivo de la propuesta es estimular el transporte activo en la **“POLÍTICA NACIONAL PARA MEJORAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE PÚBLICO URBANO DE PASAJEROS-SEGUIMIENTO”** en su “versión para discusión” emitida por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Transporte y el Ministerio de Hacienda y crédito público.



Adicional a las estrategias y acciones de promoción de entornos saludables, se lideró el desarrollo de acciones en materia de prevención y control de factores de riesgo comunes para las enfermedades crónicas no transmisibles y promoción de estilos de vida saludables, en cuanto a:

### **Prevención de la obesidad**

En el marco de lo dispuesto en el Plan Nacional de Salud Pública, adoptado mediante Decreto 3039 de 2007 y en desarrollo de lo establecido en la Ley 1355 de 2009 que declara la obesidad como una prioridad en salud pública se alcanzaron los siguientes logros:

- Definición de requisitos técnicos sobre rotulado y etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano; a través de la expedición de la Res.333 de 2011.
- Definición de requisitos que deben cumplir los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o grasas saturadas a través de la expedición de la Resolución 2508 de 2012, en cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 7, 8 y 10 de la Ley 1335 de 2009.
- Definición de lineamientos técnicos para la promoción del consumo de frutas y verduras, como parte del desarrollo de la línea 5 del CONPES 113 y del compromiso adquirido en el Acuerdo para la Prosperidad en Valledupar en marzo de 2011.
- Movilización social en torno a la promoción del consumo de alimentos saludables, a través de la realización del *VIII Congreso Mundial de Promoción al Consumo de Frutas y Hortalizas* que contó entre otros, con la participación de 25 países e instituciones del orden gubernamental, no gubernamental y académico.
- Institucionalización de la semana de los estilos de vida saludable con participación intersectorial establecida en el artículo 20 de la Ley 1355 de 2009, realizada anualmente con el apoyo y participación activa de los diferentes sectores como las entidades territoriales, EPS, IPS, cajas de compensación, sociedades científicas, ONG y en general la sociedad civil.

### **Reducción del consumo de sodio-sal**

El Ministerio formuló la Estrategia Nacional de reducción de sal, involucrando a industria, academia, sociedad civil y entidades gubernamentales; con la cual se espera reducir su consumo a 5 g/día entre el 2012-2027, que permitirán la disminución de 62.652 años de vida saludables que se pierden anualmente en el país por esta causa; para la implementación de la misma el Ministerio ha desarrollado las siguientes acciones:



Conformación y coordinación del grupo de trabajo intersectorial para la implementación de la estrategia de reducción del consumo de Sodio-sal en Colombia, en la cual se conformaron y propusieron cuatro frentes de trabajo como son: industria y restaurantes, grupo de información, educación y comunicación, proveeduría institucional, investigación siendo transversal el eje de monitoreo y evaluación.

Elaboración de documento técnico de la estrategia de reducción del consumo de sal para Colombia, el cual cuenta con aportes del CDC de Atlanta y la Universidad del Valle.

Articulación de acciones con la industria alimentaria, de gastronomía, la academia, la sociedad civil, ICBF, INVIMA, INS, Depto. Administrativo para la Prosperidad Social (DAPS) y el MSPS en la estrategia de reducción del consumo de sal para Colombia, para lo cual se adelanta la concertación de planes de trabajo para cada uno de los grupos.

Consolidación de base de datos de producción de alimentos y sus contenidos de sodio por 100 gr. como primer paso para seleccionar los alimentos que deben iniciar la reducción de sal en su composición.

### **Promoción de la alimentación saludable**

Además de lo antes descrito, se han adelantado las siguientes acciones en el marco de la estrategia de promoción de la alimentación saludable:

- Inclusión del fomento de los estilos de vida saludable-EVS en el Plan Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional.
- Despliegue de la estrategia de IEC dirigida a la población colombiana, para lo cual se elaboraron las cartillas “COME BIEN SIÉNTETE BIEN” con fines educativos, a través de iniciativa de las EPS asociadas al gremio de ACEMI y con el aval de las diferentes sociedades científicas y asociaciones y la participación de las diferentes entidades relacionadas con los EVS y las enfermedades crónicas; adicionalmente, se realizó la producción de videos educativos dirigidos a promover EVS a través de medios electrónicos.
- Construcción del recetario para el consumidor con frutas y hortalizas de cosecha y consejos saludables; elaboración concertada con MEN, ICBF y MSPS de documentos preliminar de lineamientos para alimentos y bebidas expendidas en tiendas escolares.

### **Promoción de la actividad física**

A fin de lograr aumentar la práctica regular de actividad física la Dirección de Promoción y Prevención viene liderando un arduo trabajo intersectorial a fin de



posicionar la promoción de la actividad física en la agenda de diferentes sectores como Planeación, Transporte y Educación, y la inclusión de estrategias concretas para su promoción en políticas, planes y proyectos transectoriales. Estos son los principales resultados y logros de dicha gestión y trabajo:

- Desarrollo e implementación del proyecto piloto “ONCE PARA LA SALUD” Colombia: Consolidación como país pionero en Latinoamérica para la implementación del programa “Eleven for Health” u “Once por la Salud” de la FIFA. Proyecto de FIFA (Federación Internacional de Fútbol Asociado), Medical Assessment and Research Center (F-MARC), Ministerio de Salud y Protección, Ministerio de Educación y Federación Colombiana de Fútbol.
- La intervención consiste en una serie de sesiones basadas en el fútbol, con el objetivo de estimular la actividad física y educar sobre comportamientos saludables relacionados con algunos de los problemas de salud mundial. Los “Once para la Salud” son 11 mensajes simples que consisten en la apropiación y práctica de las 11 mejores medidas sustentadas en la mejor evidencia científica para proteger la salud y que pueden ayudar a reducir los niveles de problemas de salud transmisibles y no transmisibles. Se ha encontrado una enorme evidencia científica detrás de cada uno de los mensajes y son adaptados para hacerlos apropiados, culturalmente aceptados y sobretodo atractivos para nuestros niños y niñas.
- Los once mensajes de salud son: Juega al fútbol, (mensaje de actividad física), respeta a niñas y mujeres, protégete del SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual, evita las drogas, el alcohol y el tabaco, controla tu peso, lávate las manos, bebé agua potable, sigue una dieta equilibrada, Vacúnate, Tómate la medicación prescrita y Juega limpio.
- Así mismo, se ha realizado la evaluación a 778 niños sujetos del piloto, en donde se muestra aumento en el nivel de conocimiento estadísticamente significativo a excepción de “evita drogas y alcohol” y “respeta a niñas y mujeres”, que aunque también mejoraron no hubo diferencias estadísticamente significativas.

### **Prevención del consumo tabaco**

Las acciones realizadas para la prevención del consumo de tabaco, las estrategias de cesación y la protección ante la exposición del humo de tabaco se desarrollan en consonancia con lo dispuesto en el convenio marco para el control del tabaco de la OMS y la Ley 1335 de 2009 y sus reglamentos en donde se destacan los siguientes logros del último año:

- Etiquetado y empaquetado productos de tabaco.
- Evaluación del etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco.
- Contenidos y componentes de productos de tabaco.
- Evaluación de necesidades del Convenio Marco de control del tabaco–CMCT.
- Aprobación del Protocolo para el Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, en Ginebra, Suiza.



- Elaboración del Documento Técnico que contiene la propuesta de monitoreo al CMCT.
- Elaboración del Documento Técnico “Aportes del tabaco a la economía”. en el marco del Convenio 485 de 2010, suscrito entre el Ministerio y la OPS.
- Elaboración de una propuesta para un modelo de equilibrio general computable para factores de riesgo.
- Elaboración de un Manual para realizar las mediciones ambientales de nicotina. (Convenio 199 MPS INC) dirigidas a las Secretarías de salud de los territorios y capacitación de actores clave para realizar las mediciones ambientales de nicotina (Convenio 199 MPS INC).
- Creación de la cuenta bancaria para el recaudo de las multas por el incumplimiento de la Ley 1335 de 2009 frente a ambientes libres de humo (Art.19 y 20), Publicidad promoción y patrocinio (Art.14 al 17), etiquetado y empaquetado de productos de tabaco (Art.34), prohibición de en venta a menores y al menudeo (Art.29).
- PLAN A–Estrategia de comunicaciones para dar a conocer estilos de vida saludables.
- Diseño y divulgación de diez cuñas radiales de 10 segundos de las cuatro referencias Alimentación Saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua saludable; diez (10) Spots Comerciales de las cuatro referencias de la estrategia cuya difusión se realizará por televisión abierta nacional y regional; diseño, diagramación, reproducción y distribución de cuatro referencias de cartillas para promocionar estilos de vida saludable de manera específica en los temas: Alimentación Saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua Saludable. Adicionalmente, pauta en las 4 principales ciudades del país, concentración en los programas noticiosos de mayor audiencia Hoy por Hoy y La Radio de RCN, franjas prime, de 6am–11am y por televisión abierta nacional y regional.

### ***Resultados de la vigilancia de las condiciones crónicas no transmisibles***

Para el periodo del informe se realizaron las siguientes acciones para mejorar la notificación de este tipo de enfermedades.

### ***Vigilancia de violencia contra la mujer intrafamiliar y sexual***

Desde mediados del año 2012 se inició la tarea de implementación del sistema en todo el país, proceso que ha sido progresivo y que en el momento cuenta con cerca de 1.000 municipios y ciudades notificando al SIVIGILA los hechos de violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual que tienen conocimiento a través del sector salud.

La información recaudada ha sido procesada y analizada por el Instituto Nacional de Salud y compartida con entidades con competencia para el seguimiento de los casos o



con responsabilidades concretas en la ruta de atención como el Ministerio de Salud y el ICBF.

### ***Vigilancia de las lesiones por pólvora***

En cuanto a las lesiones por pólvora, durante el año 2012 notificaron todas las entidades territoriales para este evento la presencia o no de lesiones por pólvora en su territorio. En cuanto a la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora en época decembrina, año nuevo y fiestas locales, se desarrollo la vigilancia intensificada que permitió obtener información rápida de los casos presentados y realizar un seguimiento a través de las diferentes instituciones, generar un espacio de discusión, socialización y promoción del trabajo intersectorial con el fin de favorecer el impacto negativo en el sector salud y social generado por las lesiones ocasionadas por pólvora así como las discapacidades y limitaciones funcionales secundarias.

Para mayo de 2013, se pilotearán los cambios respectivo para la vigilancia de lesiones por pólvora y explosivo con el fin de poder caracterizar y desarrollar las acciones pertinentes en salud pública de las lesiones por pólvora pirotécnica, municiones sin explotar y artefacto explosivos improvisados.

### ***Leucemias Agudas Pediátricas***

Durante el periodo del informe se realizó vigilancia centinela a las leucemias agudas pediátricas, envío de información relacionada con los casos de inoportunidad en el proceso de atención a las entidades de control correspondientes y se participó con el Ministerio de Salud y Protección Social en la elaboración del plan de choque para dar respuesta a los casos identificados con inoportunidad definido Concejo Nacional de Cáncer.

Durante el segundo semestre de 2012 el INS en convenio con la Universidad del Valle, avanzó en el proceso de diseño y producción de la herramienta informática, y documentos técnicos preliminares del “subsistema de información para la gestión del cáncer infantil”, que permitirá pasar de la vigilancia centinela a leucemias agudas pediátricas, que se realiza actualmente, a la vigilancia en salud pública rutinaria y en tiempo real del cáncer infantil, con énfasis en el seguimiento del proceso de atención durante y posterior al tratamiento, de acuerdo a lo establecido en la ley 1388 de 2010.

En el periodo enero–mayo 2013, se implementó la estrategia de Vigilancia a la gestión de servicios de salud, la cual está sustentada en un proceso que identifica los casos desde varias fuentes de información que confluyen en SISPRO (1. Notificación de casos individuales por medio de SIVIGILA; 2. Vigilancia comunitaria por medio de estrategias como el CENTRO NACIONAL DE ENLACE, APPS Y RUMORES; 3. Búsqueda secundaria a través de cubos de información de SISPRO; 4. Vigilancia por medio de laboratorios y



estudios poblacionales; 5.Vigilancia a la gestión de servicios de salud) y se realiza seguimiento caso a caso de Leucemia pediátrica mediante entrevista telefónica encaminada a detectar 3 tipos de alerta priorizadas de acuerdo a guías de manejo, elaboradas conjuntamente con el Instituto Nacional de Cancerología, que identifican los puntos críticos o riesgos que más inciden en la letalidad por esta enfermedad así:

1. Oportunidad Diagnóstica:

1. a. Autorizaciones.                      1. b Copagos.                      1. c Viáticos.

2. Inicio tratamiento:

2. a Autorizaciones.                      2. b Copagos.                      2. c Viáticos.

3. Continuidad:

3. a Autorizaciones.                      3. b Copagos.                      3. c Viáticos.

Una vez detectada la alerta, ésta es enviada en tiempo real al responsable de la atención (EPS, ETS, IPS) con el propósito se tomen las acciones y correctivos de manera oportuna.

El objetivo es impactar la tasa de letalidad por leucemia infantil en un 20% al 2014. La estrategia se trabaja de manera coordinada con la Supersalud, a quien semanalmente se envían las alertas que no han sido gestionadas por parte de los responsables con el propósito se inicien las investigaciones pertinentes. Se pretende en el corto plazo aplicar esta estrategia para otro tipo de patologías como Cáncer de Cérvix y Cáncer de Seno.

### ***Vigilancia de anomalías e hipotiroidismo congénito***

En el periodo de julio a diciembre 2012 se avanzó así:

- Se realizaron cinco talleres regionales de “Formación en salud materno–infantil con énfasis en anomalías congénitas”.
- Se realizó trabajo con pares para definir ajustes al protocolo y ficha de notificación.

En el periodo de enero a mayo 2013 se ha avanzado en el fortalecimiento en la notificación de estos eventos y la calidad del dato, mediante asistencias técnicas y teleconferencia nacional.

## **3.6 Convivencia social y Salud Mental**

### **Fortalecimiento de la Gestión institucional y territorial en salud mental y consumo de SPA**

- a. Se apoyó a la CRES en la estructuración de los contenidos de salud mental en el nuevo POS.



- b.** Se realizó el **Estudio Censal de calidad de los servicios de salud mental**, con el fin de establecer la capacidad del SGSSS para manejar la salud mental de los colombianos.
- c.** Dos procesos de formación, en el modelo de componente de salud mental en APS, a través del cual se capacitaron aproximadamente 500 profesionales.
- d.** Se incrementó el número de dispositivos de atención comunitaria con el impulso a la conformación de 24 Centros de escucha en 20 entidades territoriales, 16 zonas de orientación escolar en 11 entidades territoriales, 5 zonas de orientación universitaria consolidadas y 14 en proceso de consolidación
- e.** Revisión y actualización de la norma de habilitación de los Centros de atención en Drogadicción CAD y acompañamiento a los territorios para su plena aplicación.
- f.** Consolidación del sistema único de indicadores en sustancias psicoactivas (SUI-SPA) y del sistema de monitoreo y evaluación de la Política Nacional y de los planes territoriales.
- g.** Se formuló el **Plan Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida** y del Estado del Arte del Conocimiento e Investigación de la Conducta Suicida en Pueblos Indígenas de Colombia y se conformó una mesa nacional y cuatro mesas regionales para la prevención e intervención de la conducta suicida, con participación de 280 personas de 15 departamentos con responsabilidad en el tema.
- h.** Elaboración de **manuales de procesos y procedimientos** para Hospital día, Centros de Atención en drogadicción; Unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad y Hospital – Clínica psiquiátrica.
- i.** **Procesos formativos** en salud mental: 1320 funcionarios(as) de Direcciones territoriales de salud departamental y municipal, IPS, EPS, ICBF, entre otras entidades, formados y capacitados, mediante once eventos de formación.
- j.** **Atención en salud mental a población afectada por emergencia invernal.** Modelo Atención Integral en Salud Mental para población afectada por emergencias invernales, implementado en 8 departamentos y 67 municipios.
- k.** Formulación de la **Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol** y de los lineamientos para el desarrollo de programas de prevención selectiva en estudiantes de secundaria y prevención indicada e intervención temprana de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.
- l.** **Procesos Formativos:** 1) Replica del Programa – treatnet (módulos de tamizaje, evaluación y plan de tratamiento). 150 personas formadas de nueve entidades territoriales. 2) Tercera versión del Diplomado para el mejoramiento de la Capacidad de Respuesta Institucional y Comunitaria. 87 participantes. 3) Diplomado aproximaciones al fenómeno del consumo de SPA desde la Salud Pública. 120 participantes. 4) Escuela de pasantías en servicios integrados de atención a consumidores. 40 participantes
- m.** **Apoyo técnico y financiero a 16 iniciativas** presentadas por 13 entidades territoriales de salud para fortalecer acciones en salud mental, prevención y atención al consumo de SPA por valor de \$2.670.000.000 en el último año.



**n. Salud Mental y Atención a Víctimas del Conflicto Armado.** En septiembre, el Ministerio de Salud, en convenio con la OIM, realizó la jornada Nacional de Capacitación de Referentes de Salud Mental. En esta jornada se dieron herramientas conceptuales, técnicas y normativas en salud mental y atención psicosocial, para la formulación de planes operativos local de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado. Las jornadas se llevaron a cabo en departamentos de Chocó, Huila, Cauca, Nariño, Cesar, Antioquia y Sucre.

**Desarrollo Social y Comunitario en salud mental y consumo de SPA.**

- a) Manual para la identificación de riesgos psicosociales** para cuidadores de niños y niñas menores de 5 años; 1 mesa nacional intersectorial y cinco mesas regionales para la visibilización y posicionamiento político del tema de suicidio.
- b) Nueve asociaciones de salud mental** (familiares y pacientes) del orden nacional implementaron la **Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.**
- c) Fortalecimiento de capacidades y habilidades juveniles:** 16 organizaciones juveniles de 14 ciudades, formadas en el módulo “La Prevención en Manos de Los y las Jóvenes”. Actualización y rediseño del módulo.
- d) Fortalecimiento de redes familias en prevención y promoción de factores protectores:** Pilotaje del Programa “**Familias Fuertes**”, 65 facilitadores capacitados y 175 familias formadas en Caldas, Risaralda, Valle, Atlántico, Norte de Santander, Santander, Quindío y Huila.
- e) Se diseñó el Marco de Responsabilidad Social Empresarial de Empresas Productoras y Comercializadoras de Bebidas Alcohólicas.**

**Gestión del conocimiento en salud mental y consumo de SPA**

- a) Se estructuró y puso en marcha el Observatorio Nacional de Salud mental
- b) Desarrollo del protocolo de investigación para el estudio nacional de salud mental 2013.
- c) Elaboración de las guías de atención integral de Depresión, Ansiedad, Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastornos de Aprendizaje, A<sup>o</sup>lcohol, Epilepsia.

**Proyectos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas**

Durante el segundo semestre de 2012, en el Fondo Nacional de Estupefacientes, fueron suscritos siete (7) Convenios, los cuales beneficiaron a cinco (5) departamentos y siete (7) municipios, tal como se indica a continuación:

**Tabla 32.**  
**Proyectos para prevenir Farmacodependencia (Segundo Semestre 2012)**

No	Identificación del Proyecto Aprobado	Municipio Beneficiado	Fecha de Suscripción del Convenio	Cofinanciación Solicitada al FNE Cifras en Millones de Pesos.
1	Adquisición y fortalecimiento de herramientas y Habilidades	Jamundí/Valle del	1 de agosto de 2012	125.6



No	Identificación del Proyecto Aprobado	Municipio Beneficiado	Fecha de Suscripción del Convenio	Cofinanciación Solicitada al FNE Cifras en Millones de Pesos.
	ocupacionales como estrategia para el Tratamiento y Rehabilitación Frente al consumo de SPA	Cauca		
2	Vivir sin Droga un derecho de Todos	Playón/Santander	2 de agosto de 2012	110.6
3	Con la práctica del folclor sinuano se previene la drogadicción en estudiantes de educación Básica secundaria de la institución educativa Amaury García Burgos.	Corregimiento de las Guamas- San Pelayo /Córdoba	22 de agosto de 2012	64.7
4	Habilidades para la Vida	Lebrija/Santander	6 de septiembre de 2012	70.6
5	Desarrollo de prácticas deportivas en disciplinas como fútbol, atletismo y baloncesto para jóvenes que se encuentren en vulnerabilidad por falta de aprovechamiento del tiempo libre.	Chía/Cundinamarca	1 de noviembre de 2012	76.7
6	Realización de Actividades deportivas y de aprovechamiento de jóvenes que incentiven la práctica deportiva.	Sogamoso/Boyacá	6 de noviembre de 2012	76.5
7	Desarrollar competencias y habilidades en los niñ@s y jóvenes estudiantes a través de actividades que estimulen su creatividad y su desarrollo físico e intelectual	Facatativá/Cundinamarca	9 de noviembre de 2012	60.2
	<b>TOTAL COFINANCIACION</b>			<b>585.2</b>

Fuente: FNE

Así mismo, durante el periodo enero–mayo de 2013 han sido aprobados siete (7) proyectos, así:

**Tabla 33.**  
**Proyectos para prevenir Farmacodependencia**

No	Identificación del Proyecto	Municipio Beneficiado	Cofinanciación Solicitada al FNE Cifras en Millones de Pesos
	<b>RUBRO MUNICIPIOS</b>		
1	Apoyo al programa de Atención Integral de la Juventud para la Resocialización de 28 jóvenes.	Cereté/Cordoba	47.9
2	Orquestando Futuro	Sutatenza y Guateque/Boyacá	150.6
3	Cuida tu cuerpo, ama la vida, únete al parche	Chucurí/Santander	119.4
4	Estampas Corraleñas	Corrales/Boyacá	48.0
5	Prevención y Control de consumo de Sustancias Alucinógenas.	La Belleza/Santander	39.2
	<b>RUBRO DEPARTAMENTOS</b>		
6	Apoyo y fortalecimiento productivo a jóvenes en situación de alto riesgo de Violencia	Soacha/Cmarca.	79.9



No	Identificación del Proyecto	Municipio Beneficiado	Cofinanciación Solicitada al FNE Cifras en Millones de Pesos
7	Actividades físico deportivas en la prevención de Adicciones para jóvenes en Alto riesgo de Vulnerabilidad.	Girardot/ Cmarca.	80.0

Fuente: FNE

En total se asignaron \$565.2 millones desagregados así: Por departamentos \$159.9 millones y por municipios \$ 405.3 millones.

### 3.7 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Los principales logros en materia de seguridad alimentaria y nutricional en el último año, son: **a)** Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019; **b)** Observatorio Nacional de SAN; y **c)** la inclusión de la SAN como dimensión prioritaria para la vida en el Plan Decenal de Salud Pública.

En el marco del observatorio de Seguridad alimentaria y nutricional, el país ya cuenta con el primer informe de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia 2013 y con una propuesta de Sistema de alertas tempranas en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia, concertado con las entidades que integran la Comisión y expertos del orden nacional e internacional. Adicionalmente, se tienen los siguientes avances:

#### ***Inocuidad y calidad de los alimentos***

En materia de inocuidad de alimentos, se adelantó la revisión y ajuste del Modelo conceptual técnico y operativo para la vigilancia en salud pública y la vigilancia sanitaria de los alimentos en el marco de las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF), y se ha participado activamente en el *Codex Alimentarius* (Organización internacional de referencia en alimentos), con los siguientes logros:

- Definición del Ministerio como punto de contacto para Colombia, el cual recibe toda la información generada y de interés para el país en cuanto a inocuidad alimentaria.
- Ejercicio de la Secretaría técnica del Comité Nacional de Codex.
- Coordinación de los subcomités nacionales del Codex sobre higiene de los alimentos, nutrición y alimentos para regímenes especiales y grasas y aceites.
- Participación en el comité coordinador de la FAO/OMS para América Latina y el Caribe.



- Participación en los subcomités nacionales del Codex sobre residuos de plaguicidas, sistemas de inspección, frutas y hortalizas frescas, contaminantes de los alimentos, principios generales y organismos genéticamente modificados.
- De otra parte, y como se evidencia en el anexo, durante el periodo se expedieron 17 reglamentos técnicos que establecen los requisitos sanitarios para la elaboración, procesamiento, almacenamiento, transporte, comercialización, importación, exportación, y etiquetado que deben cumplir alimentos de interés sanitario y que buscan la protección de la salud humana mediante la calidad e inocuidad de los alimentos.

Por parte de inocuidad también se realiza Trabajo con Intersectorial con la Presidencia del Comité Técnico de Bioseguridad para Organismos Vivos Modificados de consumo en salud y alimentación humana; el Comité Técnico Nacional de Bioseguridad Agrícola y Ambiental; las mesas de trabajo del convenio de diversidad biológica y el protocolo de Cartagena; y la Comisión Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

Finalmente, el Ministerio apoya la gestión de los TLC que se encuentran en proceso de negociación en lo referente a las medidas sanitarias y fitosanitarias con el fin de garantizar la protección a la salud y la vida de las personas sin que éstas afecten el comercio entre los países. Se participo en las negociaciones con los países de la Alianza del Pacífico (Chile, México y Perú), Costa Rica, Israel y Turquía. También se realiza apoyo en la implementación de los TLC en el marco de las medidas sanitarias y fitosanitarias, en este momento se participan en los grupos de trabajo para la implementación de los TLC suscritos con Estados Unidos, Venezuela y la Unión Europea.

### ***Resultados de la vigilancia de las Enfermedades transmitidas por Alimentos***

Durante el periodo julio-diciembre de 2012, se reportaron 6.381 casos de enfermedades transmitidas por Alimentos (ETA) y en el periodo de enero a mayo de 2013, se han reportado 3.322. Con el propósito de fortalecer la vigilancia y control 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 en la vigilancia de las Enfermedades transmitidas por Alimentos, garantizando el reporte y control oportuno de las mismas.

**Tabla 34.**  
**Casos por ETA notificados, Colombia, Jul.-Dic.2012 y Ene.-May.2013**

EVENTO	JUL-DIC 2012	ENE-MAYO 2013
ETA	6.381	3.322

**Fuente:** Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública - INS



### ***Fomento de la Seguridad nutricional***

**Capacitación y promoción para el uso de los patrones de crecimiento de la OMS:** en los departamentos de Chocó, Quindío, Huila, Cesar, Bolívar, Cauca, Nariño, Córdoba, Tolima, Guainía, Guaviare, La Guajira, Vaupés, Vichada, Caquetá, Putumayo, Amazonas y Casanare.

**Modelo integral en SAN para pueblos indígenas:** Se logró elaborar el Inventario de los conocimientos ancestrales y diversidad cultural de las comunidades en los ejes de la SAN y propuesta para rescatar y validar, y formular una propuesta de reordenamiento territorial en el marco de SAN.

Adicionalmente, se elaboró el Modelo integral en SAN para el pueblo Indígena que incluye el sistema de seguimiento y evaluación, actualmente en implementación en dos comunidades (resguardos) indígenas ette ennaka (Chimilas), ubicados en el municipio de San Ángel departamento de Magdalena.

**Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes:** En el marco de esta estrategia además de la promoción del pinzamiento oportuno del cordón umbilical al nacimiento; se lidera la implementación del proyecto de fortificación casera de alimentos con micronutrientes, con los siguientes avances:

- Elaboración de los lineamientos técnicos para proyectos de fortificación casera de Alimentos con Micronutrientes en Polvo para niños de 6 a 36 meses de edad. Análisis y sistematización de la información y presentación de resultados del "Proyecto Demostrativo del Proceso Operativo para la Implementación Casera con Micronutrientes en Polvo en los departamentos de Atlántico y la Guajira.
- Asistencia técnica para la implementación de los proyectos de fortificación casera con micronutrientes en Cartagena, Montería, Monte Líbano y Tierra Alta Atlántico, La Guajira, Cartagena, Monte Líbano y Tierra Alta.

**Fortalecimiento de la estrategia madre canguro:** Se puso en funcionamiento el sitio web para formación en este método que contiene el kit pedagógico interactivo Canguro, el cual agrupa, clarifica y sistematiza todos los componentes del Método Madre Canguro (MMC) y posibilita tener un acceso detallado, permanente y completo a esta metodología en constante actualización haciendo uso de las nuevas estrategias de comunicación interactiva.

**Bancos de Leche Humana:** Con el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad por bajo peso neonatal, la Dirección de Promoción y



Prevención del Ministerio lidera con la cooperación del Ministerio de Salud de Brasil y la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana, la implementación de esta estrategia.

Actualmente el Ministerio apoya la creación y funcionamiento de 9 Bancos de leche humana (*Hospitales Occidente de Kennedy III Nivel, General de Medellín y Federico Lleras Acosta de Ibagué; Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva; Hospital Universitario Departamental de Nariño; Hospital Rosario Pumarejo de López de Valledupar; ESE Maternidad Rafael Calvo de Cartagena; Hospital Universitario San Jorge de Pereira; Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta; Hospital La Victoria III Nivel; y en el Hospital San Rafael de Facatativá*), a través de capacitación (30 profesionales entrenados) y transferencia de recursos para equipos, de otra parte, se trabaja en la vinculación de esta estrategia con el Método Madre Canguro.

**Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral:** El Ministerio impulsa desde el 2012 esta estrategia que se desarrolla en el marco de la promoción de Organizaciones Saludables y busca garantizar a la madre trabajadora en período de lactancia un espacio cálido, higiénico y adecuado para extraer y conservar su leche y luego transportarla al hogar en condiciones de higiene y seguridad.

**Avances:** se lideró la elaboración y expedición de los lineamientos técnicos de esta estrategia y se ha realizado asistencia técnica para su implementación en seis Ministerios (Cultura, Transporte, Ambiente, Tecnología de la Información y Comunicación, Educación y Salud) y en la Presidencia de la República y se ha hecho promoción, apoyo y defensa a la lactancia materna con las madres usuarias a través de consejería, manuales, vía internet y sesiones educativas presenciales.

**Estrategia de aceleración de los ODM para el cumplimiento del ODM 1 de SAN:** En el marco de esta estrategia se han fortalecido las capacidades institucionales de los funcionarios de nueve municipios seleccionados de los departamentos de Cesar, Magdalena, y Sucre con el propósito de contribuir a complementar las acciones e identificar intervenciones y actores para la ejecución intersectorial de las mismas, con el fin de acelerar el progreso de los ODM.

Finalmente, el Ministerio ha acompañado activamente el proceso de formulación e implementación de los planes territoriales de SAN, construidos participativamente, concertados y aprobados por Asambleas Departamentales con instrumentos básicos de la planificación del desarrollo territorial y visión 2019 con apoyo directo y especializado del Ministerio de Salud y Protección Social como instrumentos para la implementación de la misma que garanticen su continuidad en armonía con los instrumentos de planificación del desarrollo territorial.



### 3.8 Seguridad Sanitaria y Ambiental

Colombia es un país con una importante producción agrícola e industrial y por ello el uso de sustancias químicas en las diferentes áreas de la producción, 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:

**Tabla 35.**  
**Casos por Intoxicaciones notificados, Colombia Jul-Dic 2012 y Ene-May 2013**

EVENTO	JUL-DIC 2012	ENE-MAY -2013
<b>Plaguicidas</b>	4.653	3.184
<b>Medicamentos</b>	4.416	3.345
<b>Metanol</b>	106	100
<b>Metales</b>	86	49
<b>Sustancias psicoactivas</b>	2.156	1.571
<b>Monóxido de carbono y otros gases</b>	246	297
<b>Solventes</b>	432	394
<b>Otros Químicos</b>	1.891	1.528

Fuente: Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública - INS

### Entornos saludables

En el año 2012, se elaboró el diagnóstico sobre conocimiento y estado de avance de la estrategia de Entornos Saludables que indaga sobre la situación actual de la implementación de las Estrategias de Vivienda, Escuela y Entornos Laborales Saludables en el territorio nacional e identificar los conocimientos que tienen los funcionarios de la Direcciones Territoriales de Salud (DTS) sobre la estrategia y sus lineamientos.

Así mismo, se dio continuidad a los procesos relacionados con la Política Integral de Salud Ambiental, el Modelo de Gestión y el Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental, a nivel nacional como territorial, a través del trabajo articulado con los demás sectores que participan en la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental-CONASA, la cual fue presidida por el Ministerio de Salud hasta abril de 2013.

Resultado del trabajo antes descrito, en el año 2012 se conformaron mediante acto administrativo los Consejos Territoriales de Salud Ambiental-COTSA de los departamentos del Huila (Dec.717 de 2012); Valle del Cauca (Dec.1842 de 2012);



Atlántico y distrito de Barranquilla (Res.095 de 2012) y se realizó el Congreso de Salud Ambiental 2012–"Adaptación al Cambio Climático y Salud Ambiental".

En coordinación con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Departamento Nacional de Planeación, se elaboraron los capítulos relacionados con el marco normativo, situacional y conceptual de la Política Integral de Salud Ambiental–PISA, actualmente se gestiona que los lineamientos de la dimensión de Salud Ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, se utilicen como insumo en la construcción de dicha Política.

### **Registros sanitarios, conceptos toxicológicos y permisos de experimentación, expedidos entre junio de 2012 y mayo 30 de 2013**

En el periodo descrito se tramitaron 832 solicitudes, resultado de las cuales se expidieron 277 conceptos toxicológicos sobre químicos de uso agrícola y doméstico; 85 permisos de experimentación; 4 registros sanitarios; y 555 respuestas a consultas, revisiones de etiquetas, autorización de modificaciones, entre otros.

### **3.9 Salud Oral**

A continuación se presenta la gestión para el segundo semestre de 2012 y los meses de enero a mayo 2013:

- A partir de julio 1 de 2012 se implementó la vigilancia centinela de la exposición a flúor en 180 UPGD del territorio nacional.
- A partir del 01 de julio y hasta el 31 de diciembre de 2012, se realizaron ejercicios de análisis de registros individuales de prestación de servicios–RIPS, con el fin de fortalecer su uso como fuente de información para el análisis en salud bucal, en este sentido se publicó en diciembre de 2012 un Informe quincenal epidemiológico–IQEN y se incluyeron dos indicadores para su análisis en los lineamientos de vigilancia en salud pública 2013.
- Se incluyó en el aplicativo SIANIESP del SIVIGILA, la búsqueda activa institucional de RIPS de salud bucal, incluyendo, no solo eventos de boca y dientes, sino también anomalías congénitas como el labio y paladar fisurado y el cáncer oral.
- A partir del 1º de enero de 2013 se ha fortalecido la calidad del dato producto de la notificación, mediante capacitaciones virtuales a las ET, para que estas cuenten con mayores herramientas para capacitar a sus municipios y UPGD.
- Se ajustó el documento técnico para análisis de RIPS y fueron capacitados los referentes de las entidades territoriales mediante teleconferencia. Se espera iniciar este proceso en el segundo semestre de 2013.



- La notificación de casos confirmados por clínica resultado de la vigilancia se observan en la siguiente tabla.

**Tabla 36.**  
**Casos de exposición a flúor notificados, Colombia Jul-Dic 2012 y Ene-May 2013**

Julio - diciembre 2012	Enero - mayo 2013
<b>1.813</b>	934

**Fuente:** Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública - INS



## 4. PROMOCIÓN SOCIAL

### 4.1 Primera infancia, niños, niñas y adolescentes

**Mis Derechos Primero.** En el marco de la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, pertenecientes a poblaciones vulnerables, en el contexto de la Sentencia T-25 de 2004 y los Autos de la Corte Constitucional (especialmente el Auto 251 de 2008), se avanzó en la estrategia de fortalecimiento institucional con el desarrollo de capacidades de servidores públicos y agentes educativos en desarrollo infantil temprano y lactancia materna en emergencias.

Para la garantía o restitución de los derechos de las niñas y niños y de sus familias,<sup>11</sup> se apoyó el fortalecimiento de las familias con niños y niñas en primera infancia víctimas del conflicto armado desarrollados en tres líneas de acción: 1) fortalecimiento comunitario, 2) fortalecimiento familiar, y 3) gestión territorial, con cobertura de 17 Departamentos y 30 Municipios, atendiendo más de 4.000 niños y niñas con el apoyo de 330 agentes comunitarios quienes recibieron formación en herramientas psicosociales, atención a la discapacidad mediante la estrategia de rehabilitación basada en comunidad y acompañamiento a la lactancia materna, con la atención de la madre gestante y madre lactante.

En cumplimiento al Auto 251, este Ministerio concurre con recursos y asistencia técnica a las entidades territoriales, en el proceso de implementación y seguimiento del Programa Mis Derechos Primero<sup>12</sup>, cuya ejecución inició en el 2012. Recursos destinados al fortalecimiento del recurso humano para la atención de poblaciones vulnerables. Los departamentos y Distritos que recibieron estos recursos, son: Antioquia, Arauca, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Choco, Cundinamarca, Córdoba, Guajira, Guaviare, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vichada y Barranquilla.

### 4.2 Red Unidos

El Gobierno Nacional tiene dentro de sus prioridades alcanzar las metas establecidas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y que adicionalmente fueron integradas en el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos 2010-2014”.

<sup>11</sup> Convenios con la Conferencia Episcopal de Colombia–Pastoral Social de la Primera infancia

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 500 de 2011 y Resolución 4446 de 2012.



Las acciones en estos frentes están priorizadas hacia la población más pobre y vulnerable la cual, por sus condiciones socio-económicas, se encuentra en mayor riesgo de enfermar y padecer desnutrición. Una de las principales estrategias definidas por el Gobierno para superar la pobreza extrema y lograr un crecimiento económico del país con equidad, es la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema-Red Unidos, con la cual el Ministerio de Salud y Protección Social ha tenido una articulación permanente desde su inicio para el cumplimiento de los objetivos relacionados con salud y nutrición en la población en extrema pobreza focalizada por la misma.

Con el fin de avanzar en el cumplimiento de los logros de salud, el MSPS y la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema-ANSPE, han 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 este sentido, la Circular 025 del 7 de junio de 2012 solicitó a Gobernadores, Alcaldes, Secretarías de Salud, Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, EPS y Prestadores de Servicios de Salud adelantar acciones para la afiliación al SGSSS de la población Unidos. Las acciones implementadas conjuntamente permiten tener una cobertura del 96,6% (SIUNIDOS, Marzo 2013).

Adicionalmente, se ha tenido una articulación permanente para la remisión de la población a vacunación, controles de crecimiento y desarrollo, servicios de salud sexual y reproductiva, control prenatal y atención institucional del parto. Se destaca la capacitación en vacunación de más de 2.500 cogestores en diferentes departamentos del país durante el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013.

En discapacidad, el Ministerio en conjunto con la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema-ANSPE han dirigido acciones para la identificación y caracterización de la población Unidos con discapacidad. Así mismo, se han dado lineamientos a las Secretarías de Salud para la focalización de población Unidos con discapacidad en el Proyecto "Implantación de proyectos para población en condiciones especiales (salud mental, discapacitados y desplazados), Nacional".

En el mes de mayo 2013, se capacitó en Bogotá a los equipos territoriales de la Red Unidos en las siguientes temáticas: funcionamiento del sector salud y proceso para afiliación al SGSSS, Seguridad Alimentaria y Nutricional y oferta en nutrición (en coordinación con el ICBF y DPS), servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes y conceptos básicos en discapacidad. Buscando la articulación y la adecuación de la oferta de los servicios del Estado, el MSPS lidera las mesas técnicas para los temas de nutrición y discapacidad.



De otra parte, el MSPS continúa adelantado acciones para articular y asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información con la Red Unidos, para lo cual creó un cubo de datos que integra información del Sistema de Información de Unidos, el Registro Único de Afiliados a la Protección Social–RUAF, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), el Registro de discapacidad–RLCD y PILA. De igual manera, continúa coordinando con las entidades la actualización de la información disponible de los programas en el RUAF.

### 4.3 Personas y colectivos víctimas del conflicto armado

**Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.** A 31 de julio del 2012 había 2.211.117 personas en situación de desplazamiento afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS, lo cual corresponde al 87.7% de las 2.532.631 personas en situación de desplazamiento plenamente identificadas. El Ministerio, en coordinación con la Unidad de Víctimas, ha estado depurando las bases de datos con el fin de establecer la plena identificación de las personas víctimas y su afiliación al SGSSS.

Respecto a la afiliación en salud de víctimas del conflicto armado, durante el mes de abril de 2013 el Ministerio recibió de la Unidad para la Atención y Reparación a Víctimas–UARIV una base de datos, con la cual se realizó un primer cruce con la base única de afiliados en salud–BDUA, encontrándose lo siguiente:

**Tabla 37.**  
**Cruce Registro de Víctimas**

REGIMEN	CONTRIBUTIVO	EXCEPCION	SUBSIDIADO	AFILIADOS
	592,069	7,703	2,477,456	3,077,228
	3,223			3,223
	7,796		45,210	53,006
Total	<b>603,088</b>	<b>7,703</b>	<b>2,522,666</b>	<b>3,133,457</b>

**Fuente:** Línea de base previa RUV, diciembre de 2012 cruce con BDUA de diciembre de 2012

Es importante destacar que fue encontrado un total de 4.447.383 personas, por tipo y número de documento válido, de la línea de base previa del Registro Único de Víctimas, entregado por la UARIV.

Atenciones en salud de población en situación de desplazamiento no afiliada y atenciones no POS de los afiliados al régimen subsidiado por recursos de la subcuenta ECAT–FOSYGA: Se asignaron 50.000 millones de pesos de la subcuenta ECAT–FOSYGA a las 36 entidades territoriales<sup>13</sup> para atenciones en salud de población en situación de desplazamiento no afiliada y atenciones NO POS de personas en desplazamiento

<sup>13</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1596 del 2012



afiliados al régimen subsidiado. A mayo de 2013, se han reportado 24.231 personas atendidas.

*Cumplimiento de sentencias judiciales-tribunales internacionales (Corte IDH-CIDH) y nacionales (Justicia y Paz, Corte Constitucional, Tribunales de Restitución de tierras):*

**i) Casos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.** El Ministerio de Salud y Protección Social ha elaborado “Estrategia de Acceso Diferencial para Beneficiarios de las Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos -CIDH”<sup>14</sup> de acuerdo con las características de la atención médica y psicológica definidas por esta Honorable Corte. La Estrategia se está implementando en Antioquia, Bolívar, Córdoba, Meta, Santander y Sucre, entidades donde residen las referidas víctimas.

En la implementación se han realizado diez jornadas de capacitación. Se han entregado las bases de datos de las personas beneficiarias de las sentencias con el objeto de contactar a cada víctima de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para su valoración física, mental y psicológica, formulación de planes de tratamiento y realizar su respectivo seguimiento por las entidades territoriales y las 54 Entidades Promotoras de Salud EPS donde se encuentran afiliadas; se ha avanzado en el fortalecimiento de los procesos de gestión, monitoreo y seguimiento a la estrategia de acceso diferencial en 26 entidades territoriales a través de la asignación de recursos de concurrencia de la Nación por valor de \$1.122.000.000 para la financiación de equipos de apoyo a la gestión territorial en la atención a las víctimas de las sentencias.<sup>15</sup>

- **Resultados Fase de de Gestión de Casos Prioritarios para la atención en salud:** En cuanto a la gestión de casos prioritarios se mencionan los siguientes avances: 75 casos de víctimas reportadas para la atención prioritaria en salud; 58 del total de estos casos cuentan con acciones de gestión y seguimiento y gestión para la prestación de servicios de salud en relación con: autorización de exámenes especializados, gestión de citas médicas especializadas, auxilio de transporte, medicamentos, procedimientos especializados, cambio de Régimen de Afiliación en salud y seguimiento a controles y atención básica en salud.

**ii) Sentencia T-045 de 2010, Corte Constitucional.** Reconociendo que hay personas que sufren graves afectaciones en la salud física y mental por causa del conflicto armado, esta sentencia ordena al sector salud brindar atención psicosocial de manera imperiosa. En tal sentido, se diseñó el Protocolo de Abordaje Psicosocial que ha sido la base para la construcción del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto-PAPSIVI y se han realizado actividades de atención

<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Respuesta a solicitud en audiencia privada de la Corte Interamericana de Derechos Humanos realizada en San Jose de Costa Rica el día 23 de febrero de 2012.

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4446 de 2012



psicosocial en los Distritos de Barranquilla y Cartagena, los municipios de Sincelejo, Los Palmitos y Soledad, y en el corregimiento de El Salado. La atención psicosocial se realizó a través de 4 equipos interdisciplinarios<sup>16</sup>, así:

**Tabla 38.**  
**Equipos Interdisciplinarios**

EQUIPO PSICOSOCIAL	LUGAR	NÚMERO DE PERSONAS A ATENDER	PERSONAS ATENDIDAS
Fundación Mi Sangre	Cartagena	396	406
Fundación Mi Sangre	El Salado	154	154
Corporación Vínculos	Barranquilla	103	93
	Soledad	35	65
Fundación Tomás Moro	Sincelejo y Los Palmitos	200	210
TOTAL		<b>888</b>	<b>928</b>

Cada uno de los equipos desarrolló las siguientes actividades: i) Focalización de las personas a caracterizar; ii) Caracterización de las personas focalizadas; iii) Elaboración de los planes de atención, con la participación de las víctimas y de acuerdo a las necesidades encontradas; iv) Desarrollo del plan de atención; v) Evaluación y cierre, conjuntamente con la víctima.

Se han realizado 200 asistencias técnicas a las entidades territoriales departamentales y municipales, para el cumplimiento y seguimiento de las Sentencias T-025 de 2004, T-045/2010 y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencias de Justicia y Paz.

A este respecto y en atención las necesidades identificadas y las decisiones judiciales referidas, se aumentaron las sesiones de atención en salud mental individual, familiar y comunitaria en el Plan Obligatorio de Salud-POS, vigente a partir del 1 de julio de 2012, con un alto beneficio para la población víctima del conflicto.

**Reparaciones colectivas.** Construcción de los planes de reparación colectiva, en el componente de salud, para los sujetos de reparación colectiva de la Universidad de Córdoba. El plan inicio su implementación en abril del 2013

**Implementación del Programa Integrado de Gestión territorial para la promoción Social de las Poblaciones Prioritarias.** Con el fin de fortalecer a 21 entidades territoriales en su gestión para la atención integral a poblaciones vulnerables (personas con discapacidad, niños y niñas), se asignaron recursos a

<sup>16</sup> Convenio de Cooperación 654 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones.



entidades departamentales y distritales de salud, por una suma de \$1.002.266.000<sup>17</sup>, con los cuales se busca mejorar la atención integral a las poblaciones más vulnerables.

Adicionalmente, mediante la citada Resolución 4446 del 2012, el Ministerio distribuyó recursos a 23 entidades territoriales para que en el presente año se fortalezca la capacidad de gestión en los siguientes temas<sup>18</sup>:

- Programa de Protección Diferencial de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Desplazamiento “Programa Mis Derechos Primero”–Auto 251 de 2008.
- Programa de Protección Diferencial de Personas en Situación de Desplazamiento con Discapacidad–Auto 006 de 2009.
- Otras sentencias y órdenes judiciales de competencia del Sector Salud y Protección Social.
- Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado–PAPSIVI.

**Retornos y reubicaciones.** Durante el año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social gestionó la coordinación con la UARIV y autoridades territoriales para definir las zonas de atención y la red de prestación de servicios para el retorno de 613 personas Embera Chamí desde Bogotá a Mistrató y Pueblo Rico (Risaralda). Se realizó acompañamiento durante el retorno y jornadas de salud a los resguardos con la activación de los CRUE de los departamentos por donde se movilizó la comunidad en el proceso del retorno. La EPS Pijaos Salud y el Hospital de Pueblo Rico realizan la atención en salud requerida a las comunidades retornadas.

**Realización de Foro “Buenas Prácticas de Atención Psico-Social y Médico-Psicológica a las Víctimas del Conflicto Armado” 19 y 20 de marzo de 2013.** El MSPS, con el apoyo de la Alcaldía Mayor de Bogotá, la AURIV y el Samu Social International de Francia, realizó un foro con expertos nacionales e internacionales para dar a conocer el PAPSIVI así como experiencias de mayor éxito en atención psicosocial y salud mental presentadas por el sector salud, educación, organizaciones sociales, empresa privada, facilitando intercambio de experiencias generando insumos y recomendaciones para el MSPS; este foro contó con la participación de 317 personas.

**Implementación de la Ley 1448 de 2011.** La Ley 1448 de 2011, como política de Estado, ordena al Ministerio de Salud y Protección Social, adoptar las medidas de asistencia en salud, de rehabilitación, física, mental y de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado. En cumplimiento de esta Ley el MSPS diseñó el

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 500 de 2011. Asigna recursos con el propósito de apoyar la articulación inter institucional e inter sectorial para posibilitar la atención a víctimas del conflicto armado.

<sup>18</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4446 de 2012.



Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas–PAPSIVI, realizando la socialización en el marco de los Espacios de Interlocución Transitorias de Participación para las víctimas<sup>19</sup>. En dichos espacios se contó con la participación de las víctimas y diferentes actores de 25 entidades territoriales y 103 líderes de la Mesa Nacional Transitoria. Como resultado de este proceso, se cuenta con el reconocimiento y aval por parte de la UARIV y actualmente se adelantan los trámites para la implementación del programa en 230 municipios de 17 departamentos y el Distrito Capital.

Cumpliendo con la Ley, el objetivo principal del PAPSIVI es garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, en el marco del conflicto armado colombiano.

Para su articulación interna, el MSPS conformó el Comité Institucional para la salud y protección social de las víctimas del conflicto armado<sup>20</sup>. Producto de la gestión de este Comité se cuenta con los siguientes documentos: 1) Protocolo de Salud Integral con Enfoque Psicosocial<sup>21</sup>; 2) Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral<sup>22</sup>; 3) medidas de monitoreo y seguimiento de la atención integral en salud y psicosocial;<sup>23</sup> y, 4) Lineamientos de Formación del Talento Humano en Salud<sup>24</sup> con enfoque psicosocial.

#### 4.4 Personas y colectivos con discapacidad

**Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social.** El MSPS como ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad ha liderado el proceso de construcción y validación de la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, con participación de todas las regiones del país, mesas sectoriales e intersectoriales, mesa de consolidación nacional, instancias que integran el Sistema Nacional de Discapacidad y diferentes sectores como se visualiza en la siguiente gráfica:

---

<sup>19</sup> Decreto 4800 de 2011, artículo 263, parágrafo 2 y Circular No. 004 de la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas -UARIV.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 888 del 23 de abril de 2012

<sup>21</sup> Decreto 4800 de 2011, artículo 88

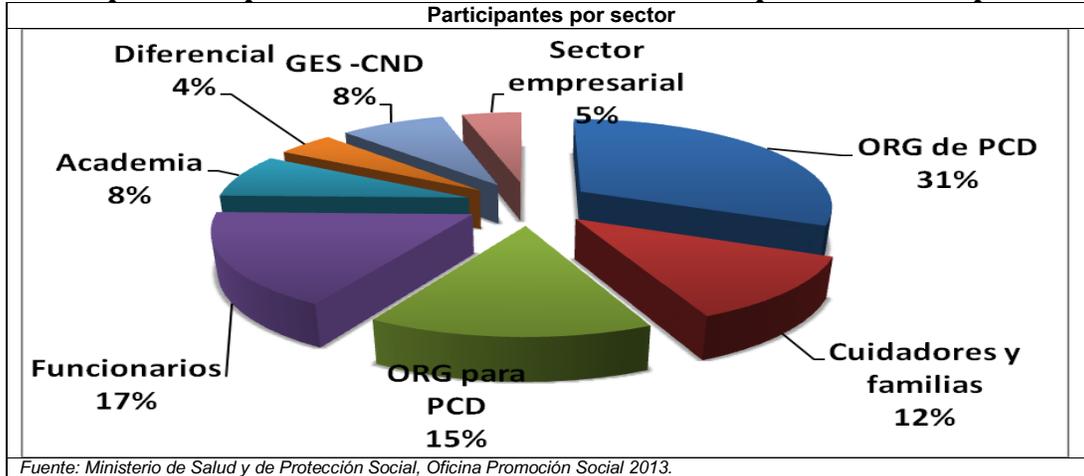
<sup>22</sup> Decreto 4800 de 2011, artículo 164

<sup>23</sup> Decreto 4800 de 2011, artículos 90 y 164

<sup>24</sup> Decreto 4800 de 2011, artículo 169

**Gráfica No. 11**

**Participantes en proceso de construcción de la Política pública de Discapacidad**



El MSPS lideró el primer informe del Estado frente a la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad-PCD, ratificada por Colombia en mayo de 2011.

**Logros y procesos desarrollados en Sistema Nacional de Discapacidad**

- Expedición de la Resolución 3317 de 16 de octubre de 2012 sobre la conformación y funcionamiento de los comités Territoriales de discapacidad.<sup>25</sup> Se cuenta con un 37.12% de comités municipales y 80.56% de los comités departamentales y distritales conformados.
- Expedición del Comunicado 01 de 2012 del CND. Por el cual se exhorta a los Comités Territoriales de Discapacidad y a todas las entidades a la identificación de barreras y adopción de medidas para la accesibilidad a la justicia, a los entornos físico, social, económico y cultural, a la salud, educación, información y comunicaciones para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, e insta a la participación de las personas con discapacidad, su familia, la sociedad civil y organizaciones de personas con discapacidad.
- Liderazgo en el proceso de construcción de la nueva Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social y su agenda en el Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES; prioridad contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos” 2010-2014.
- Desarrollo del Plan Nacional de Discapacidad para Colombia 2012-2018, aprobado por el Consejo Nacional de Discapacidad.

<sup>25</sup> La Resolución 1317 de 2012 reglamenta la Ley 1145 de 2007.



- Preparación y coordinación del proceso de reglamentación de la Ley 1618 de 2013 Estatutaria para el ejercicio de los derechos de las PCD

**Gestión de información en Discapacidad.** Se diseñó e implementó un formato de captura digital denominado Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad–RLCPD, articulado al Sistema de Integral de Información de la Protección Social–SISPRO disponible en Web. A 31 de marzo de 2013, el 95% (1.063) de los municipios del país han utilizado el registro, identificando 972.942 personas con discapacidad. Igualmente se desarrolló el Módulo Geográfico de SISPRO, para consulta geo–refenciada de variables del RLCPD.

### **Competencias sectoriales de discapacidad en salud**

Construcción de lineamientos nacionales para la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad–RBC de forma conjunta con la Red de RBC Colombia y en armonía con las guías mundiales expedidas por la Organización Mundial de la Salud.

Con el Programa Acción Integral Contra Minas Antipersonas–PAICMA, se desarrollaron procesos de formación en rehabilitación integral de los profesionales de rehabilitación funcional en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca. Se realizaron 4 cohortes de Curso Virtual de Rehabilitación Integral, con participación de 1057 profesionales y Diplomado presencial con participación 35 de profesionales de 11 Instituciones Prestadoras de Servicios–IPS de 8 municipios del Valle. La formación se extendió a los departamentos de Cauca y Nariño con una participación de 62 profesionales de la salud de los municipios de Popayán, Santander de Quilichao y Piendamó en Cauca y Pasto, Cumbal, Tumaco, Ipiales, Guachucal y Samaniego, en Nariño

Elaboración de Manuales de Certificación de Discapacidad y de Valoración Ocupacional de las personas con discapacidad<sup>26</sup>, atendiendo a la normatividad vigente y a las acciones priorizadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014.

Para apoyar los planes territoriales de atención a la Discapacidad, el Ministerio de Salud y Protección Social transfirió recursos por valor de \$3.000.000.000 a 32 departamentos y 4 distritos<sup>27</sup>, orientados a la entrega de ayudas técnicas, implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad–RBC y fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad y su participación en los comités territoriales de discapacidad.

<sup>26</sup> En Convenio con la Universidad Nacional

<sup>27</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3876 de 2012



En el marco del Auto 006 de 2009 y la implementación del Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado, el MSPS ha implementado una estrategia interinstitucional e intersectorial de focalización, verificación de necesidades y remisión hacia la atención de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad, PSD-D. En esta estrategia han participado las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud, la Red Unidos y los sectores de educación, Sena y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Desde agosto de 2012, se amplió la implementación del programa en el componente de atención, al focalizar 32.735 PSD-D de 74 municipios, a partir de los cruces de las bases de datos Registro Único de Población Desplazada con Infundidos-discapacidad.

La estrategia contempla la verificación de necesidades en los hogares por parte de los cogestores sociales de Unidos y posteriormente, a través de la coordinación de las secretarías de salud municipales y departamentales, la remisión hacia los servicios de: atención en salud, rehabilitación, entrega de ayudas técnicas, educación básica, formación para el trabajo, protección de menores de edad en riesgo y aplicación del Registro para la Localización y caracterización de las personas con discapacidad.

#### 4.5 Grupos étnicos

**Compromisos Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014<sup>28</sup>.** En el marco del cumplimiento a estos compromisos se han adelantado las siguientes actividades:

##### a. Pueblos indígenas

Realización de cuatro reuniones de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas (septiembre 2012, febrero, abril y junio 2013) donde se analizaron y trabajaron temas relacionados con:

- Proceso de estructuración del SISPI, donde se definieron tres fases: <sup>1</sup> Socialización y retroalimentación del SISPI, <sup>2</sup> Realización de un congreso nacional de salud y <sup>3</sup> Concertación con la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas del documento que contenga la estructura, componentes y contenidos del SISPI.
- Revisión y ajustes del decreto para la formalización de la Subcomisión de Salud.
- Gestión para el saneamiento financiero de las EPS indígenas acordando visitas de asistencia técnica para conocer los estados financieros y contables y elaboración de diagnóstico de las EPSI; y, elaboración de documento de análisis financiero de las EPSI

---

<sup>28</sup> Anexo IV.C-1.1, Protocolización de la Consulta Previa al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 con Grupos Étnicos, Ley 1450 de 2011



- Gestión para la revisión y definición de la UPC diferencial de los pueblos indígenas
- Elaboración de la metodología para la construcción del capítulo indígena del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 y validación con el CRIC del Cauca<sup>29</sup>.

#### **b. Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales**

Presentación y validación, en la Mesa Nacional de Protección Social de comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, de los lineamientos técnicos y metodológicos para la formulación del capítulo de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021.

#### **c. Pueblo Rom (gitano)**

Presentación y aprobación de la ruta metodológica para la concertación del capítulo Rom en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, y definición del cronograma para la recolección de los insumos en cada una de las kumpaniyi.

**Modelos de salud propios e interculturales.** En cumplimiento a los mandatos de la Organización Internacional del Trabajo<sup>30</sup> y a los compromisos adquiridos con los pueblos indígenas<sup>31</sup>, se continuó con el apoyo al diseño de modelos de salud propios e interculturales, a través de la suscripción de convenios interadministrativos y de asociación directamente con sus autoridades tradicionales, cabildos, organizaciones, EPS e IPS indígenas y giros de recursos a las entidades territoriales<sup>32</sup>. Para ello se destinó la suma de \$ 1.020.000.000.

El diseño de los modelos se viene trabajando con los siguientes pueblos indígenas:

- Embera Chamí del municipio de Riosucio en Caldas;
- Awá de los municipios de Ricaurte, Tumaco, Samaniego y Barbacoas de Nariño, y Orito, San Miguel, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Valle del Guamuez y Mocoa del Putumayo;
- Kogi, Wiwa, Arhuaco y Kankuamo de la Sierra Nevada de Santa Marta;
- Pijao de los municipios de Coyaima, Ortega, Chaparral, San Antonio, Natagaima, Purificación, Saldaña, Guamo, Prado, Espinal y Coello del Tolima;
- Wayuu del municipio de Maicao, Guajira;
- Uitoto, Ticuna, Cocama, Yagua Bora, Ocaina y Muinane, del corregimiento de la Chorrera, Amazonas;

<sup>29</sup> Contrato con el Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC

<sup>30</sup> Definidos en el Convenio 169 de 1989 y acogido por Colombia mediante la Ley 21 de 1991

<sup>31</sup> En cumplimiento a los Autos 004 de 2009, 382 de 2010, 174 de 2011 y 173 de 2012 de la Corte Constitucional

<sup>32</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4077 de 2012



- Misak (Guambiano) del resguardo de Guambía y municipios de Silvia, en Cauca; La Argentina, la Plata y Belén en Huila; Florencia en Caquetá; Cali y Dagua en Valle del Cauca y Villavicencio en Meta;
- Pastos de los municipios de Cumbal, Guachucal, Ipiales, Túquerres, Santa Cruz, Aldana, Pupiales, Potosí, Contadero, Cuaspud Carlosama, Guachavés, Mallama, Córdoba, Funes, Sapuyes, Guatarilla, Imues, Ospina y Puerres en Nariño;
- Nasa del Cauca;
- Hitnu y Macaguán de Arauca;
- Jiw de Meta y Guaviare; y
- Nukak del Guaviare.

**Estrategia de Vivienda Saludable con enfoque diferencial.** En el marco de los modelos de salud propios e interculturales, el MSPS brinda asistencia técnica a las entidades territoriales de salud, organizaciones y autoridades indígenas, para la apropiación de la Estrategia de Vivienda Saludable con enfoque diferencial. El propósito de la estrategia es preparar a la comunidad para que asuma el control de los determinantes de tipo social, sanitario, ambiental y cultural, que afectan el bienestar de sus integrantes, y con ello contribuir a la disminución de enfermedades, mejorando la calidad de vida. Los procesos adelantados a la fecha son los siguientes:

- Departamento de Córdoba, con los pueblos Zenú (Tuchín) y Embera Katío (Tierralta), EPSI Manexka, IPSI Manexka y Secretaría Municipal de Tuchín, donde además de la capacitación se ha adelantado la inclusión de la EVS en los equipos base de trabajo comunitario.
- Departamento de Guaviare, donde se ha apropiado la estrategia en el marco del modelo Jiw y Nukak (Auto 173 de 2012) y se ha hecho el seguimiento del proceso adelantado en la comunidad del Refugio, con el Pueblo Tucano Oriental, municipio de San José del Guaviare.
- Departamento de Nariño, se ha dado la continuidad del proceso en el marco del diseño del Modelo Awá (UNIPA) y del Auto 174 de 2011.
- Departamento de Tolima, con la realización de pilotos de trabajo, capacitación e inclusión de la EVS en los equipos base de trabajo comunitario, junto con EPSI Pijao Salud, IPSI, Secretaría Departamental y Municipales.
- Departamento de Guajira, junto con EPSI Anas Wayuu, IPSI, Secretaría Departamental y Municipales, se realizaron pilotos de trabajo, capacitación y continuidad del proceso en su segunda fase del diseño del Modelo de salud intercultural.
- Departamento del Meta, apropiación de la estrategia en el marco del modelo Jiw y Auto 173 de 2012
- Departamento de Arauca, apropiación de la estrategia en el marco del Auto 382 de 2010 con los pueblos Indígenas Hitnú y Macaguán.

**Víctimas de grupos étnicos.** Para dar cumplimiento a lo acordado en los Decretos con fuerza de Ley Nos. 4633, 4634 y 4635 de 2011 para víctimas de pueblos y



comunidades indígenas, pueblo Rom (gitano) y Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, respectivamente, se adelantaron las siguientes acciones:

- Elaboración y presentación a la Subcomisión de Salud como a la Mesa Permanente de Concertación, del documento preliminar de Ruta de Atención Integral en salud para víctimas de pueblos y comunidades indígenas<sup>33</sup>.
- Proceso de construcción conjunta de los componentes de rehabilitación psicológica, social y cultural de la Ruta de Atención Integral en Salud de las víctimas del conflicto armado, con los representantes del pueblo Embera Dóbida, municipio de Bojayá, Chocó.
- Proceso de construcción conjunta de los componentes de rehabilitación psicológica, social y cultural del Módulo Étnico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para víctimas del conflicto armado pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, con los representantes del municipio de Bojayá, Chocó<sup>34</sup>.
- Presentación en la Mesa Nacional de Diálogo del pueblo Rom de la metodología para la recolección de insumos para la construcción del Módulo Étnico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para víctimas del conflicto armado pertenecientes al pueblo Rom<sup>35</sup>.

**Formación intercultural.** En el marco de lo acordado en el Programa de Garantías de los derechos de los pueblos indígenas (Auto 004 de 2009) y el Auto 174 de 2011, se adelantó el diseño del Módulo de formación "Prestación de servicios de salud con pertinencia étnica", dirigido a servidores públicos del sector.

#### 4.6 Población inimputable por trastorno mental

**Programa de atención integral a la población declarada jurídicamente inimputable por trastorno mental e inmadurez psicológica.** El programa abarca una atención integral por un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermera jefe y auxiliar de enfermería, acompañamiento jurídico y espiritual en 13 entidades territoriales. Incluye la coordinación, capacitación y articulación de diferentes actores como la Rama Judicial, Fiscalía, Instituto Nacional de Medicina legal, Fuerzas Militares, INPEC, Secretarías de Salud, Alcaldía, Defensoría y Procuraduría; centros Especializados. Se trata de ubicar los pacientes cerca de su familia, para fortalecer los vínculos y redes de apoyo familiar; al 31 de mayo del 2013 se encuentran 376 pacientes cumpliendo medida de seguridad.

---

<sup>33</sup> Decreto Ley 4633 de 2011

<sup>34</sup> Decreto Ley 4635 de 2011

<sup>35</sup> Decreto Ley 4634 de 2011



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

En el marco de la reglamentación de la Ley 1257 de 2008, y en particular de la financiación de las medidas de atención para las mujeres víctimas de violencia, sus hijos e hijas, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Decreto 1792 de 2012 realizó modificación de la destinación de los recursos de la Subcuenta de Promoción de la Salud del FOSYGA para realizar las siguientes acciones:

1. Realizar acciones de promoción de la convivencia pacífica y prevención de la violencia en diez departamentos del país; y,
2. Financiar la implementación de las medidas de atención para las mujeres víctimas de violencia, de acuerdo a lo ordenado en la Ley 1257 de 2008 y sus Decretos reglamentarios.

#### **4.8 Persona mayor, vejez y familia**

**Política de Envejecimiento y vejez.** El Ministerio viene desarrollando y fortaleciendo las acciones de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de los compromisos internacionales adquiridos por Colombia en las diferentes acuerdos internacionales, entre ellos se destacan el Plan de Acción de Madrid, la Declaración de Brasilia, 2007 (Madrid +5) y la Carta de Puerto Rico, 2012 (Madrid +10), a través de la promoción de los derechos de las personas mayores, acciones de articulación intersectorial e interinstitucional, propuesta de desarrollo normativo con la participación de diferentes actores tanto del orden nacional como departamental, distrital y municipal, así como en la difusión y puesta en marcha de la política en los territorios.

Asistencia técnica a las entidades territoriales con énfasis en la aplicación de la Ley 1276 de 2009 referente a la aplicación de los recursos de la estampilla para el bienestar de los adultos mayores y la ley 1315 de 2009, referente a la aplicación de los estándares de calidad que deben cumplir las instituciones de protección social (residencia o larga estancia) y los centros vida (o día) que brindan servicios sociales a las personas mayores.

**Aplicación de los estándares de calidad para los servicios sociales para personas mayores.** Se adelantó la gestión para la construcción de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para su aplicación en las instituciones de protección social y promoción social que brindan servicios sociales a las personas mayores.

**Registro de Instituciones.** Gestión del registro nacional de instituciones de protección social (larga estancia, residencia o dormitorios) y de promoción social



(centros vida o día) que brindan servicios sociales a las personas mayores. En la actualidad hay más de 2000 instituciones referenciadas.

**Participación social.** Se realizan mensualmente “Encuentros Nación–Territorio” por teleconferencia, para la capacitación e intercambio de experiencias, normatividad, derechos y deberes, promoción de la participación y empoderamiento de las personas mayores en los territorios.

**CONPES de envejecimiento y vejez.** En el proceso de actualización de la nueva política de envejecimiento y vejez, se ha adelantado un proceso de consulta con otros Ministerios y entidades del orden nacional.

**Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias.** Formulación de la política nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias, en desarrollo de la Ley 1361 de 2009, con la participación de actores nacionales y territoriales del sector público y privado, el Colegio de profesionales en Familia, expertos en familia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Cultura, entidades territoriales y actores del nivel departamental y local.

Celebración del Día Internacional y Nacional de la Familia, organizado con el Departamento Nacional de Planeación, el ICBF, el Ministerio de Educación Nacional, con presentación de la política, y el lanzamiento del documental sobre el Ciclo de la Vida. El evento contó con la participación de familias que representaron a la comunidad gitana, indígenas del Amazonas, los palenques, raizales y a la comunidad colombo árabe.

#### 4.9 Mujer y género

El Ministerio de Salud y Protección Social, desde la Oficina de Promoción Social, ha liderado el proceso de reglamentación de lo ordenado en los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, particularmente en lo relacionado con la operativización de las medidas de atención para las mujeres víctimas de violencia, sus hijos e hijas, lo que significó la expedición de los Decretos 1792 y 2734 de 2012 y se asignaron recursos mediante la Resolución 1895 del 30 de mayo de 2013 a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud por valor de \$10.962 millones para la financiación de las medidas de atención<sup>36</sup>. Esta acción se encuentra incluida en el CONPES 161 en el Eje para Garantizar una vida Libre de Violencias.

---

<sup>36</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1895 “Por la cual se definen los criterios para la asignación y uso de los recursos para la financiación de las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia



## 5. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

### 5.1 Recursos del sector salud

Los recursos de los Fondos Especiales de la Protección Social están a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, con autonomía administrativa y financiera, en los términos del literal j) del artículo 54 de la Ley 489 de 1998; es una dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme al artículo 35 del Decreto 4107 de 2011, encargada de la administración de los fondos, cuentas y recursos de administración especial de protección social del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA y Fondo de Salvamento a Entidades Territoriales-FONSAET y los recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación para financiar el Sistema General de Participaciones en Salud-SGP y la cofinanciación del Régimen Subsidiado a nivel Nacional.

#### 5.1.1 Sistema General de Participaciones

Para la vigencia 2012, mediante documentos CONPES 145 y 148, se asignaron recursos para salud por valor de \$5.981.902 millones, distribuidos así: \$3.917.396 millones equivalentes al 65.49%, para financiar la continuidad y ampliación del Régimen Subsidiado; \$598.190 millones equivalentes al 10% se destinaron a las acciones de Salud Pública; y, \$1.466.316 millones equivalentes al 24.51% para financiar la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, incluidos \$366.810 millones para aportes patronales y \$55.720 millones para el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).

**Tabla 39.**  
**Recursos Asignados 2012**

SGP 2012	Ley de Presupuesto (Millones de \$)		
	Valor Apropriación	valor parcial	% Participación
Régimen Subsidiado	3.917.396		65.49
Salud Pública	598.190		10.00
Prestación de Servicios:	1.466.316		24.51
Prestación de Servicios		1.043.786	
Aportes Patronales		366.810	
FONSAET		55.720	
<b>TOTAL 2012</b>	<b>5.981.902</b>		<b>100</b>

Fuente: Conpes 145-148/2012



Para la vigencia 2013, mediante documento CONPES 158, se distribuye la última doceava y mayor valor de la vigencia 2012 por valor de \$541.492 millones, para financiar los siguientes componentes de gasto: Subsidios a la Demanda, correspondientes al 65.49% del total del SGP, \$354.840 millones, para Salud Pública \$54.149 millones equivalentes al 10% y para la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, \$132.503 millones equivalentes al 24.51%, dentro de los cuales se destinan \$5.035 millones para el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).

Así mismo, mediante documento CONPES 160, se distribuyen las once doceavas de la participación para Salud, que ascienden a \$5.872.011 millones, distribuidos, así: para financiar la continuidad del Régimen Subsidiado, \$3.847.929 millones equivalentes al 65.53%, para Acciones de Salud Pública; \$587.201 millones equivalentes al 10% y para la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda; \$1.436.881 millones, equivalentes al 24.47%, suma que se distribuye parcialmente en seis doceavas por valor de \$783.753 millones, de los cuales \$204.127 millones, son para financiar los aportes patronales y \$47.025 millones para el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET); las cinco doceavas restantes se distribuirán de acuerdo con la nueva certificación del resultado de la información presentada por parte de las entidades territoriales en los planes financieros.

**Tabla 40.**  
**Recursos Asignados 2013**

(Millones de \$)

SGP 2013	Ley de Presupuesto			
	ULTIMA DOCEAVA Y MAYOR VALOR 2012		ONCE DOCEAVAS VIG 2013	
	Valor Apropriación	valor parcial	Valor Apropriación	Total Distribución Enero a Junio Conpes 160/2013 % Participación
<b>Régimen Subsidiado</b>	354.840		3.847.929	65,53
<b>Salud Pública</b>	54.149		587.201	10,00
<b>Prestación de Servicios:</b>	132.503		1.436.881	24,47
Prestación de Servicios		127.468		532.601
Aportes Patronales				204.127
FONSAET		5.035		47.025
<b>TOTAL 2013</b>	<b>541.492</b>		<b>5.872.011</b>	<b>100</b>

Fuente: CONPES 158-160/2013



## 5.2 Fondo de Solidaridad y Garantía–Fosyga

Mediante Resolución No. 503 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, 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, presupuesto que se modificó durante vigencia de la siguiente manera:

- En el presupuesto de Ingresos y Gastos de la Subcuenta de Promoción de la Salud, mediante Resoluciones Nos. 501 y 2447 de 2012, se incorporan \$5.000 millones, para la financiación de acciones de prevención de los riesgos derivados de los implantes mamarios y \$60.000 millones para garantizar el programa de vacunación contra el virus del Papiloma Humano y la introducción de la Vacuna contra la hepatitis A al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- En el presupuesto de ingresos y gastos de la Subcuenta de Solidaridad, con Resolución No. 1016 de 2012, se incorpora la suma de \$139,418 millones, correspondientes al saldo disponible por asignar por concepto de recursos excedentes del subsidio familiar girados por las Cajas de Compensación Familiar al FOSYGA, para el pago de los Servicios NO incluidos en el Plan Obligatorio del Régimen Subsidiado, a cargo de las Entidades Territoriales en cumplimiento de lo previsto en el decreto 3136 de 2011.  
En el presupuesto de Ingresos y Gastos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, se redujeron \$40.000 millones de los saldos no compensados del Régimen Contributivo de Salud y se incorporaron excedentes por valor de \$125.074 millones.
- Mediante Resolución No. 4442 de 2012, se adicionaron \$150,000 millones a la Subcuenta de Compensación, en desarrollo del mecanismo de Compensación y Promoción, quedando una apropiación definitiva para la vigencia 2012 de \$21.162.958 millones.

A continuación se detalla por Subcuentas el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA, período julio a diciembre de 2012.

**Tabla 41.**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA**  
**Julio 1 a diciembre 31 de 2012**

concepto	Ingresos				Gastos		
	Apropiación Definitiva	Recaudo 1 julio a 31 dic	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos 1 julio a 31 dic	% Ejecución	% Participación
<b>Compensación</b>	15.825.509	7.845.286	49,57	77,06	7.629.636	48,21	71,21
<b>Solidaridad</b>	3.631.633	1.333.667	36,72	13,10	2.128.524	58,61	19,87



concepto	Ingresos				Gastos		
<b>Promoción</b>	582.742	403.695	69,28	3,97	255.845	43,90	2,39
<b>ECAT</b>	998.000	588.168	58,93	5,78	700.855	70,23	6,54
<b>Garantías para la Salud</b>	125.074	9.518	7,61	0,09	0	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>21.162.958</b>	<b>10.180.334</b>	<b>48,10</b>	<b>100,00</b>	<b>10.714.860</b>	<b>50,63</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Consorcio SAYP 2011

La apropiación definitiva del presupuesto de ingresos del Fondo de Solidaridad y Garantía–FOSYGA para el año 2012, fue de \$21.162.958 millones y el recaudo en el período comprendido entre el 1 de julio al 31 de diciembre ascendió a \$10.180.334 millones. El 77.06% de los recursos recaudados corresponden a la Subcuenta de Compensación, el 13.10% a la Subcuenta de Solidaridad, el 3.97% a la Subcuenta de Promoción, el 5.78% a la Subcuenta ECAT y el 0.09% a la Subcuenta de Garantías para la Salud. La ejecución del presupuesto de gastos del FOSYGA, para el mismo período ascendió a \$10.714.860 millones, de los cuales el 71.21% corresponde a la Subcuenta de Compensación, el 19.87% a la Subcuenta de Solidaridad, el 2.39% a la Subcuenta de Promoción y el 6.54% a la Subcuenta ECAT.

A continuación se detalla por Subcuentas el Presupuesto de Ingreso y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía–FOSYGA, para el período enero a mayo de 2013.

**Tabla 42**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA**  
**Enero 1 a Mayo 31 de 2013**

Subcuenta	Ingresos				Gastos		
	Apropiación Definitiva	Recaudo Efectivo	% Ejecución	% Participación	Ejecución Compromisos	% Ejecución	% Participación
<b>Compensación</b>	15.999.276	7.202.973	45,02	53,64	6.542.693	40,89	64,54
<b>Solidaridad</b>	6.356.977	4.564.984	71,81	33,99	2.771.182	43,59	27,34
<b>Promoción</b>	517.763	288.969	55,81	2,15	254.806	49,21	2,51
<b>ECAT</b>	1.117.606	1.369.441	122,53	10,20	568.759	50,89	5,61
<b>Garantías para la Salud</b>	350.000	2.519	0,72	0,02	0	0,00	0
<b>Total</b>	<b>24.341.622</b>	<b>13.428.886</b>	<b>55,17</b>	<b>100,00</b>	<b>10.137.440</b>	<b>41,65</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Consorcio SAYP 2011

El valor recaudado a mayo de 2013, asciende a \$13.428.886 millones, equivalente a un 55.17% con respecto a lo presupuestado; la ejecución por subcuentas asciende: al 45.02% de recaudo en la Subcuenta de Compensación, al 71.81% en la Subcuenta de Solidaridad, el 55.81% en la Subcuenta de Promoción y el 122.53% en la Subcuenta ECAT.



En el gasto a mayo de 2013, se ha ejecutado un total de \$10.137.440 millones equivalentes a un 41.65% de la ejecución presupuestal, de los cuales el 40.89% corresponde a la Subcuenta de Compensación, el 43.59% a la Subcuenta de Solidaridad, el 49.21% a la Subcuenta de Promoción y el 50.89% a la Subcuenta ECAT.

### 5.3 FONSAET- Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud

Dentro de las estrategias del Gobierno encaminadas al saneamiento de las acreencias de la Instituciones Prestadoras de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, para administrar o liquidar; se creó el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud en virtud del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011.

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 asegurar el 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 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.

Durante la vigencia 2011, con la Resolución 470, se asignaron recursos por \$48.088 millones de pesos, del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud–FONSAET, a 11 entidades intervenidas o en proceso de liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con una ejecución del 86%, durante la vigencia 2012, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

**Tabla 43.**  
**Recursos Asignados Vigencia 2011 del FONSAET**  
**Ejecutados Vigencia 2012**

Departamento	Entidad	(Millones de Pesos)		
		Valor asignado	Valor ejecutado	%
		Millones	Millones	Ejecución
<b>Chocó</b>	ESE Salud Chocó – Entidad liquidada	2.443,40	1.615,60	66,12
<b>Chocó</b>	ESE Hospital San Francisco de Asís	5.886,30	3.076,10	52,26
<b>Chocó</b>	ESE Hospital Eduardo Santos	6.377,80	3.387,70	53,12
<b>Córdoba</b>	ESE Hospital San Diego	5.659,50	5.659,40	100,00
<b>Atlántico</b>	ESE Hospital de Puerto Colombia	2.809,50	2.809,50	100,00
<b>Atlántico</b>	ESE Hospital Juan de Acosta	2.511,00	2.501,30	99,61
<b>Antioquia</b>	ESE Hospital Francisco Valderrama	5.149,00	5.149,00	100,00



Departamento	Entidad	Valor asignado	Valor ejecutado	%
		Millones	Millones	Ejecución
<b>Guaviare</b>	ESE Red de Servicios de Salud de Primer Nivel	3.127,90	3.127,90	100,00
<b>Magdalena</b>	ESE Hospital La Candelaria	5.294,60	5.281,80	99,76
<b>Magdalena</b>	ESE Hospital San Rafael	3.928,60	3.789,40	96,46
<b>Guainía</b>	ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo	4.899,80	4.809,80	98,16
<b>TOTAL</b>		<b>48.087,40</b>	<b>41.207,50</b>	<b>85,69</b>

**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 documentos CONPES 145 y 148, recursos por valor de \$55.720 millones de pesos, de los cuales fueron asignados mediante Resolución 4362 de 2012, \$41.102 millones a nueve (9) Empresas Sociales del Estado, así:

**Tabla 44.**  
**Recursos Asignados Vigencia 2012 del FONSAET**

Departamento	Municipio	Entidad	(Millones de Pesos)
			Valor asignado
<b>Antioquia</b>	Apartadó	ESE Hospital Antonio Roldán Betancur	11.401,10
<b>Antioquia</b>	Puerto Barrio	ESE Hospital La Cruz	2.984,70
<b>Arauca</b>	Arauca	ESE Moreno Calvo y Clavijo	5.460,00
<b>Córdoba</b>	Cereté	ESE CAMU Prado	832,8
<b>Guaviare</b>	San Jose del Guaviare	ESE Hospital San José del Guaviare	10.727,20
<b>Sucre</b>	San Marcos	ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	1.131,40
<b>Valle del Cauca</b>	Palmira	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	2.210,80
<b>Valle del Cauca</b>	Palmira	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	3.713,30
<b>Vichada</b>	Puerto Carreño	Ese UBA Nuestra Señora del Carmen	2.640,60
<b>TOTAL</b>			<b>41.101,90</b>

**Fuente:** Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

De acuerdo con lo establecido en el artículo 6º. del Decreto 4690 de 2011, el Ministerio, con corte a mayo 2013, se encontraba en proceso de reglamentación para establecer los requisitos y condiciones que deben cumplir las entidades beneficiarias del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, para hacerse acreedoras al giro de los recursos. De conformidad con el inciso 2do. del artículo 6º., la Superintendencia determinará los requisitos a seguir por parte de las entidades beneficiarias para obtener de la fiduciaria pública del orden nacional elegida por estas, el giro de los recursos en mención, ajustados a los requisitos y condiciones definidos por el Ministerio.

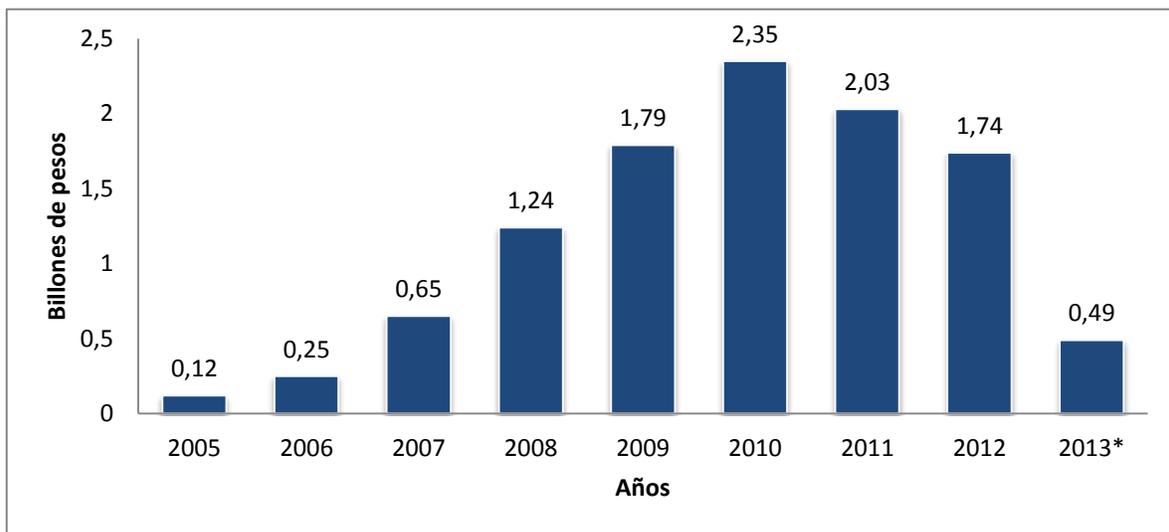


Es de anotar que el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013 modificó el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, ampliando el campo de aplicación de los recursos del Fondo, incluyendo como beneficiarias las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero. Así las cosas parte de los recursos destinados al Fondo durante la vigencia 2013 se destinarán en el marco de lo dispuesto en el Decreto 1141 de 2013.

#### 5.4 Recobros

Durante 2011 y 2012, el MSPS puso en marcha un paquete de medidas con las que logró cambiar la tendencia de los recobros, al pasar de pagar \$2,03 billones en 2011 a \$1,74 billones en 2012, generando una reducción total de alrededor de \$320 mil millones en 2011 en comparación con el 2010 y \$290 mil millones en 2012 frente a lo registrado 2011. En lo corrido de 2013 se han efectuado pagos de los recobros radicados de enero a marzo de 2013 por valor de \$492 mil millones que comparado con lo pagado de enero a marzo de 2012, \$426 mil millones, evidencia un incremento de alrededor del 15%.

**Gráfica No. 12**  
**Valor de Recobros 2005 a marzo 2013**



**Fuente:** MSPS. Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

\*Valores aprobados de los recobros radicados en el periodo comprendido entre enero y marzo de 2013

El incremento en el giro de los recursos en el primer trimestre de 2013 se debe a que teniendo en cuenta las órdenes impartidas por la H. Corte Constitucional mediante Auto 263 de 2012, se requirió el rediseño del sistema de verificación, control y pago



de las tecnologías en salud no contenidas en el plan de beneficios bajo condiciones de agilidad, oportunidad y suficiencia.

Igualmente, mediante la Resolución 458 de 2013, se fijaron criterios de auditoría y se actualizaron los instructivos de auditoría, contenidos en el Manual de Operaciones del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, previa recomendación del Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes, los cuales se aplicaron para los recobros radicados a partir del mes de marzo de 2013, razón por la cual los resultados del paquete 0313 con respecto al histórico y al paquete inmediatamente anterior, mostró un comportamiento favorable y acorde a la proyección de disminución de glosa proyectada, que se estimó estuviese en el orden del 7%.

Dentro del procedimiento ordinario de reconocimiento y pago de los recobros, el Ministerio con el objetivo de optimizar el flujo de los recursos y contribuir con la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptó la medida de pago previo al proceso de auditoría, que entre julio de 2012 y mayo de 2013 ha permitido el giro de \$1.07 billones, de los cuales \$600 mil millones se han desembolsado directamente a las IPS autorizadas por las entidades recobrantes y los restantes \$477 mil millones a las EPS, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1405 de 2012.

Así mismo, y dado que la Resolución 2851 de 2012 estableció que no es requisito para la presentación del recobro, la constancia de cancelación de la factura de venta o documento equivalente, para los medicamentos No POS suministrados de forma ambulatoria por los proveedores que cumplan los requisitos previstos en dicha resolución, se giró de manera directa a los proveedores \$147 mil millones, previa autorización de las entidades recobrantes.

Adicional al proceso ordinario, en virtud del Decreto Ley 019 de 2012 y de la Ley 1608 de 2013, se establecieron los siguientes mecanismos excepcionales en materia de recobros:

- a) Mediante el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, se habilitó el mecanismo para que las entidades presentaran nuevamente los recobros y reclamaciones cuya glosa aplicada en el proceso de auditoría, haya sido únicamente la de extemporaneidad, sobre los cuales se efectuó un nuevo proceso de auditoría. Por este mecanismo se han girado \$123 mil millones y se encuentran en proceso de auditoría \$ 43 mil millones.
- b) Mediante el artículo 122 del Decreto Ley 019 de 2012, se habilitó el mecanismo para que las entidades presentaran nuevamente los recobros cuya glosa se aplicó por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS, sobre los cuales se debe efectuar un nuevo proceso de auditoría. Por este mecanismo las



entidades recobrantes radicaron \$84 mil millones y se efectuó pago previo por valor de \$61 mil millones.

- c) En desarrollo de la Ley 1608 del 2 de enero de 2013, que en el inciso cuarto de su artículo 11 establece que para los recobros y reclamaciones con glosa de carácter administrativo, solo se exigirán para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, se expidieron el Decreto 347 y la Resolución 832 de 2013. En el marco de dicha normativa se adelantará una nueva auditoría, para las solicitudes de recobros y reclamaciones que las entidades presentan en los periodos de radicación entre abril y diciembre de 2013. Por este mecanismo, las entidades recobrantes en abril, mayo y junio de 2013 radicaron \$143 mil millones y se efectuó pago previo de la radicación de estos meses por valor de \$67 mil millones.

En desarrollo de estos mecanismos excepcionales, los recursos se han girado de manera directa a las IPS.

### ***Otras medidas en materia de Recobros***

El 30 de agosto de 2012, se aprobó el CONPES Social 155 sobre “Política Farmacéutica Nacional”, 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.

En esta misma vía, el Ministerio de Comercio Industria y Turismo a través de la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, expide la Circular 04 el 8 de noviembre de 2012, en la cual se incorporan 163 medicamentos a régimen de control directo. El alcance de esta Circular incluye el reconocimiento y pago de medicamentos no incluidos en los planes de beneficios realizado con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Con la expedición de las diferentes resoluciones en vigencia del Decreto 4474 de 2010 y del Circular señalada, que fijaron el Valor Máximo de Recobro de diferentes Medicamentos por este Ministerio, se logró desacelerar el creciente gasto público de Medicamentos. De enero 2012 a marzo de 2013, los ahorros por fijación de dichos valores alcanzaron los \$ 525 mil millones.

## **5.5 Unidad de Pago por Capitación (UPC)**

**Indicador:** Definir la UPC de 2013 antes del 31 de diciembre del 2012

**Logro:** Resolución 4480 del 27 de diciembre 2012 (Resultado: 100%.)



El Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus funciones de rectoría y modulación desarrolló el *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2013*, que tiene como objeto actualizar y monitorear el comportamiento de los planes de beneficios y la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y de los mecanismos de ajuste de riesgo para la financiación de los planes de beneficios.

Con este estudio, se buscó determinar la suficiencia de las UPC tanto del régimen contributivo como en el subsidiado, para financiar los servicios contenidos en el POS establecidos en el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES; igual mente, monitorear los mecanismos de ajuste de riesgo demográficos (variables de edad, sexo y localización geográfica) que están dados por los determinantes del gasto por cada uno de los componentes (ponderadores) de la UPC y establecer la UPC para el año 2013 y los ponderadores de la UPC.

En cumplimiento a los objetivos planteados, se aplicaron los procesos de calidad previstos (malla de validación), se estableció la cobertura de los datos frente al gasto reportado por los representantes legales de cada una de las EPS; igualmente, se contó con las frecuencias de uso y las severidades de los siete años anteriores, más el estudio en su octavo año de elaboración.

### ***Otros avances para el SGSSS***

En cumplimiento de los objetivos relacionados con el sistema de información, el Ministerio de Protección Social ha avanzado en el diseño de instrumentos de recolección y de información; en la generación, adaptación y adopción de estándares de la información de prestación de servicios de salud, en particular de la epidemiológica, uso y costo de servicios.; al igual, en la articulación de instrumentos y productos para mejorar la calidad de la información de prestación de servicios (disponibilidad, oportunidad y accesibilidad).

Estos avances han permitido la toma decisiones en temas importantes como el plan de beneficios y la prima de aseguramiento.

En este contexto, el Ministerio consciente de la necesidad y obligación de brindar al SGSSS los mejores productos, ha desarrollado procesos de estandarización de:

- La solicitud de información con las variables mínimas requeridas para el desarrollo de los estudios de los planes de beneficios y sus correspondientes UPC.



- Los procesos de validación de la cobertura y la calidad de la información de los estudios de los planes de beneficios y sus correspondientes UPC.
- La metodología de la elaboración de Guías de Atención Integral (GAI), que puede soportar la actualización de los planes de beneficios y su impacto en la UPC.
- Las metodologías de cálculo de la suficiencia de la UPC y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la misma.
- Las bases de datos de los estudios de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC.

Con estos instrumentos, el Ministerio ha puesto a disposición del SGSSS información, metodologías, cálculos y resultados para:

- La actualización de los planes de beneficios a través de las Guías de Atención Integral–GAI y de la evaluación de tecnologías puntuales.
- La suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC, en los que se presentan de manera estándar y completa los procesos de información y de cálculo que permiten analizar, controlar, replicar y evaluar.

Finalmente, vale la pena anotar que dentro de las conclusiones y recomendaciones principales del estudio de suficiencia y cálculo de UPC para 2013 se encuentra que:

- En el régimen subsidiado, se estimaron varios escenarios en función de la prima pura seleccionada, teniendo en cuenta que en la actualidad se encuentran unificados los planes de beneficios, a la fecha no hay evidencia sobre frecuencias de uso iguales en ambos regímenes, tal como sucede para los menores de 18 años, donde las primas puras del régimen subsidiado corresponden al 70.90% de las primas observadas en el régimen contributivo.
- La cobertura de la información en el régimen contributivo se mantiene en niveles por encima de 90%, mientras la cobertura de la información en el régimen subsidiado sigue siendo por debajo del 90%.
- En cuanto a la calidad de la información, para el régimen contributivo el soporte del gasto supera el 97% y para el régimen subsidiado a través de las EPS seleccionadas le correspondió al 86%; luego de aplicar los procesos de calidad previstos en el Estudio de manera regular.
- La UPC se incrementó para el año 2013, en el régimen contributivo en un 3.89%, e incluye la financiación de los servicios previstos en el POS establecido en el Acuerdo 029 de la CRES; y para el Régimen Subsidiado de es del 17.36%.

***Definición de UPC para población privada de la libertad a cargo del INPEC***



**Indicador:** Definir una Unidad de Pago por Capitación–UPC para la atención integral en salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario INPEC, dentro de los términos previstos en el Decreto 2496 de diciembre de 2012 y según las condiciones de suministro de la información por parte de las EPS.

**Avance:** 60%

La Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS, en trabajo conjunto de análisis con el Ministerio de Justicia, el INPEC, Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios–USPC, la EPS Caprecom, etc.<sup>37</sup>, observaron las variables de carácter oferta intramural y extramural que puedan influir en la definición del valor de UPC, realizaron ejercicios técnicos para formular alternativas posibles de abordaje de la situación, desde una perspectiva de aseguramiento encaminadas a definir una UPC diferencial, para la población reclusa a cargo del INPEC durante el primer semestre de 2013.

Se exploraron las siguientes propuestas de definición de UPC diferencial para población reclusa, así:

- Mecanismo convencional de definición de UPC.
- Definición de UPC basados en cálculos actuariales de una EPS diferente a CAPRECOM.
- Definición de UPC por cálculo de Ponderador de Riesgo Epidemiológico:
  - Comparación de población reclusa vs población General Afiliada (Base de prestaciones).
  - Comparación de población Reclusa con Población General Colombiana (Estadísticas Vitales Nacionales).
- Definición de costos de oferta intramural (pago completo de costos de mano de obra, insumos y materiales en centros sanitarios carcelarios y porción variable por atenciones–contratación de prestaciones extramurales).
- Aplicación temporal de UPC 2013, para grandes ciudades bajo esquema de UPC “plana”.

La última de las propuestas presentadas, permitió formular recomendaciones, por ser la mejor y de mayor información obtenida, respecto de la caracterización de la población privada de la libertad y se avanza en algunas acciones necesarias para que la prestación sea la más adecuada.

---

<sup>37</sup> Buscaron obtener la mayor información posible respecto a la caracterización de los internos, el perfil epidemiológico en los últimos diez años, los servicios ofrecidos a esa población y sus costos, el gasto asociado a atenciones NO POS, la frecuencia de atenciones, las diferencias regionales y por centro carcelario, las comparaciones con el perfil de enfermedad de la población general, las propuestas para definir ponderadores de riesgo especial para ese tipo de población, la revisión de las bases de datos tanto de afiliados como de población reclusa, de tal manera que compaginen para definir el número base de UPCs a reconocer a quien opere el modelo de aseguramiento, entre otras variables.



Actualmente, en sesión de 27 de mayo de 2013, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación de Aseguramiento en Salud, avanzó en el sentido de acordar las siguientes recomendaciones a formularse al Ministerio de Salud y Protección Social, para la toma de la decisión correspondiente a este indicador:

1. Adoptar la propuesta realizada por el Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, consistente en liquidar para la EPS un valor adicional por recluso afiliado, con base en la UPC del régimen subsidiado aplicando ponderadores por Zona Geográfica, de conformidad con la ubicación del centro de reclusión.
2. Solicitar a la EPS que invierta los recursos adicionales, resultantes de dicho ajuste, en la mejora de la atención intramural y la resolutivez de las prestaciones de salud, teniendo en cuenta el modelo de atención que se defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Solicitar al INPEC el cronograma y el estado de avance de la inversión en infraestructura física, encaminada a habilitar los servicios intramurales de salud.
4. Solicitar a la EPS el reporte de la información que permita determinar las frecuencias y precios de las atenciones prestadas, de conformidad con los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Explorar la posibilidad de desembolsar los recursos adicionales previo el envío de información, o a la realización de actividades o desempeño en salud.
5. Evaluar en conjunto con el INPEC y el Ministerio de Justicia y del Derecho, los mecanismos que permitan completar la identificación y el registro en la base única de afiliados BDUA. Con el fin de mejorar la calidad, oportunidad y la confiabilidad de la información.
6. Evaluar la posibilidad de establecer un sistema diferente al del aseguramiento.
7. Avanzar hacia la determinación del nuevo modelo de atención, dadas las características especiales de la población privada de la libertad.

### ***Definición de UPC para población indígena***

**Indicador:** Definir una Unidad de Pago por Capitación–UPC diferencial para la atención integral en salud de la población indígena, dentro de los términos previstos en la Ley 691 de 2011 y el Acuerdo 326 del CNSSS y según las condiciones de suministro de la información por parte de las EPSI.

**Avance:** 30%

Por varios años, el Ministerio De Salud y Protección Social ha venido participando en las diferentes mesas de concertación con los pueblos indígenas, especialmente a través de la Oficina de Promoción Social, la Dirección de Operación del Aseguramiento, y actualmente la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y



Tarifas, que hoy desempeña buena parte de las funciones que en este sentido le habían sido asignadas a la Comisión de Regulación en Salud–CRES.

Algunas de las tareas y compromisos han estado relacionadas con la definición de un POS con adecuación socio–cultural y la definición consecuente de una UPC diferencial.

Durante los últimos dos años, tanto con la CRES como con el Ministerio de Salud y Protección Social, una vez asumidas las funciones de la Ley 1122 de 2007, realizaron múltiples reuniones con los representantes de los pueblos indígenas, y se adquirieron algunos compromisos para definir especialmente una UPC diferencial.

Sin embargo, la revisión de la información reportada por las Empresas Promotoras de Salud Indígena–EPSI ha mostrado grandes deficiencias e inconsistencias, que no han permitido obtener insumos suficientes y que resistan las mallas de calidad para los estudios pertinentes.

Por tal razón, en el año anterior se programaron visitas de los funcionarios encargados del aseguramiento y los sistemas de información de cada EPSI, a la sede de la CRES, encargada en ese momento del tema de la UPC diferencial indígena. Nuevamente, los datos obtenidos y los resultados de las tareas dejadas a cada EPSI y del trabajo directo con los funcionarios de estas entidades, no fueron suficientes ni adecuados para sustentar un cambio en la UPC.

Como consecuencia de esta situación, durante las últimas reuniones de la Mesa de Concertación Indígena celebradas el año anterior, especialmente la llevada a cabo en el mes de septiembre, se programaron una serie de visitas de funcionarios de la CRES a las EPSI, con el fin, de dar asistencia técnica y acompañamiento a éstas para corregir la información con la que se pudiera elaborar una UPC diferencial por mecanismos convencionales.

No obstante, con la liquidación de la CRES, entonces responsable del compromiso y la asunción por parte del Ministerio de muchas de las funciones establecidas en la Ley 1122 de 2007, así como lo relativo a la Ley 691 de 2001, se reprogramó un nuevo cronograma de visitas de manera consensuada con los pueblos indígenas en la Mesa Nacional de Concertación, del 13 de junio 2013, y presidida por el Sr. Ministro de Salud y Protección Social, se dio comienzo con una de las primeras acciones en la EPSI con la Asociación Indígena del Cauca, en la ciudad de Popayán. Se pretende culminar el cronograma en el mes de septiembre del presente año y dar continuidad al análisis del caso para definir la UPC diferencial en el mes de diciembre de 2013.

Estas acciones se realizan sin detrimento de la solicitud ordinaria de información a las EPSI, dentro del mecanismo regular probado por varios años, con miras a definir recomendaciones sobre la unificación de UPC en los dos regímenes.



## ***Sistemas de Tarifas, Manuales de Tarifas y de Honorarios***

**Indicador:** Definir un Sistema de Tarifas que contenga un Manual de Tarifas Mínimas y un manual de honorarios para el SGSSS, dentro de los términos previstos en la Ley 1122 de 2007.

**Avance:** 20%

El Ministerio de Salud y Protección Social asumió una serie de funciones establecidas en la Ley 1122 de 2007 para la Comisión de Regulación en Salud–CRES y, en este tema, en particular ordenó “*establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada*”. Este numeral fue declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-955 de 2007 por los cargos estudiados.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere una regulación concreta y actualizada de algunos aspectos que definen relaciones entre los agentes determinantes de la prestación de los servicios de salud.

A manera de resumen, puede decirse que las actividades que se han venido realizando hasta ahora dentro del establecimiento de un sistema tarifario son:

### ***1. Revisión de documentación relevante para el proceso***

- Entre ellos, el Manual de Tarifas de 2006 del Ministerio de Protección Social hoy en día de Salud y Protección Social, propuesta de Decreto de Tarifas Mínimas, el Acuerdo 029 de la CRES, la Resolución 1896 de 2001, la Resolución 3772 de 2004, del 10 de noviembre, Resolución 3199 de 2005, del 21 de septiembre, Resolución 446 de 2006, del 2 de febrero, y por ultimo resolución 4905 de 2006, del 14 de diciembre, el Manual Tarifario del Gobierno Nacional–Decreto 2423 de 1996 y el Manual de Tarifas del Seguro Social; además, de múltiples documentos y revisiones bibliográficas sobre el tema de tarifas, mecanismos de pago y sistemas de remuneración en el mundo en diversos sistemas de salud.

### ***2. Base de datos, para establecer los valores de la tarifa, según los diferentes Manuales utilizados para la contratación entre EPS e IPS.***

- Se realizó la liquidación con base en los Manuales de referencia.
- Se revisó la liquidación con el Manual de Tarifas del Seguro Social año 2001. Se realizó la liquidación teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 256 del año 2001, para los servicios profesionales, derechos de sala y materiales; como estos documentos se encuentran liquidados a valores año



2001, se analizó el crecimiento desde diferentes indicadores para poder ajustar los valores al año 2013; estos fueron:

- IPC
- Salario Mínimo
- UPC-C
- PP-C
- IPC-Salud
- PIB Salud

### ***3. Comparación de los valores reportados y los valores de los diferentes Manuales utilizados para la contratación entre EPS e IPS.***

- Se viene trabajando con la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, quienes cuentan con información de los procedimientos en salud desde el punto de vista de costos desde hace más de 8 años, que pueden orientar a la construcción de las tarifas. Se cuenta con dicha información por las diferentes unidades de costo y en las diferentes ciudades del país, lo cual permitirá comparar datos.
- De otra parte con la información reportada por las diferentes Empresas Promotoras de Salud, para el estudio de cálculo de suficiencia de la unidad de pago por capitación, se está trabajando en el reconocimiento e identificación de valores reportados de algunos procedimientos, utilizando conglomerados estadísticos, que nos permitirán comparar, con los valores de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares y los valores según los Manuales de Tarifas. Cabe anotar que cada uno de los documentos descritos se encuentra disponible cuando se considere conveniente.
- Se ha iniciado trabajo de campo en IPS de varias ciudades del país, en la búsqueda de información de estructuras de costos y precios indicativos, así como otra información relevante para el objetivo propuesto.

### ***Licencias de Maternidad e Incapacidades***

**Indicador:** Definir un Régimen de Licencias e Incapacidades para el SGSSS, dentro de los términos previstos en la Ley 1122 de 2007.

**Avance:** 80%

Sobre esta función, a través de la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento, se han desarrollado una serie de actividades tendientes a presentar una norma que consolide todos los aspectos relacionados con el Régimen de licencias e incapacidades. Se ha conformado un equipo de profesionales (médicos, abogados, economistas, entre otros) con el propósito de analizar a fondo la normatividad existente sobre la materia.



Es así como desde comienzos de 2013 se han programado reuniones semanales en las cuales se presentan y discuten los avances en la integración de un solo cuerpo normativo que recoja las disposiciones contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 100 de 1993, la Resolución 2266 de 1998, el Decreto 806 de 1998, el Decreto 1809 de 1998, el Decreto 1703 de 2000, el Decreto 047 de 2000, el acuerdo 414 de 2004 del CNSSS, el Decreto 019 de 2012 y la Ley 1468 de 2011 que modificó el CST, entre otras.

Adicionalmente se están revisando los vacíos normativos actuales y se está realizando revisión jurisprudencial sobre las materias objeto del Régimen, consultando los diversos trámites existentes en diferentes EPS con el fin de definir desde el organismo de dirección y control las formas más expeditas en aplicación del Decreto 019 de 2011 (Anti-trámites).

Existe un documento de trabajo con diversos aspectos a tratar y se han definido listas de temas críticos sobre los cuales se están haciendo los desarrollos respectivos.

## **5.6 Giro Directo**

### ***Evolución del giro directo desde la Nación a las Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS***

Los recursos del Régimen Subsidiado, provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de Aportes del Presupuesto General de la Nación. A partir de enero de 2012, se giraron directamente a las EPS e IPS.

En la actualidad, el giro directo desde la Nación se realiza los cinco primeros días hábiles de cada mes, a través del Mecanismo Único de Recaudo y Giro de los recursos del Régimen Subsidiado, que concentra las fuentes de financiación disponibles en el nivel central y las gira en una sola transacción a las EPS e IPS y Entidades Territoriales; los resultados de la Liquidación Mensual y giros son informados para su manejo contable, presupuestal y de tesorería.

### ***Liquidación Mensual de afiliados por responsable del giro***

En promedio para el periodo enero-mayo de 2013 el monto de la LMA fue de \$1 billón. Del valor total de la LMA, el 92% es girado directamente por la nación, correspondiendo en promedio mes \$585 mil millones a las IPS y \$339 mil millones a las EPS.



A partir de julio de 2012, el valor total de la LMA aumentó como consecuencia de los incrementos en los valores de la UPC, para igualar los planes de beneficios para el grupo poblacional de más 18 y menos de 60 años. A partir de enero de 2013, igualmente el valor de la UPC se incrementa en forma significativa (17% valor de la UPC básica) para dar cumplimiento a la sentencia T-760 en cuanto a la igualación de primas del régimen subsidiado frente al contributivo.

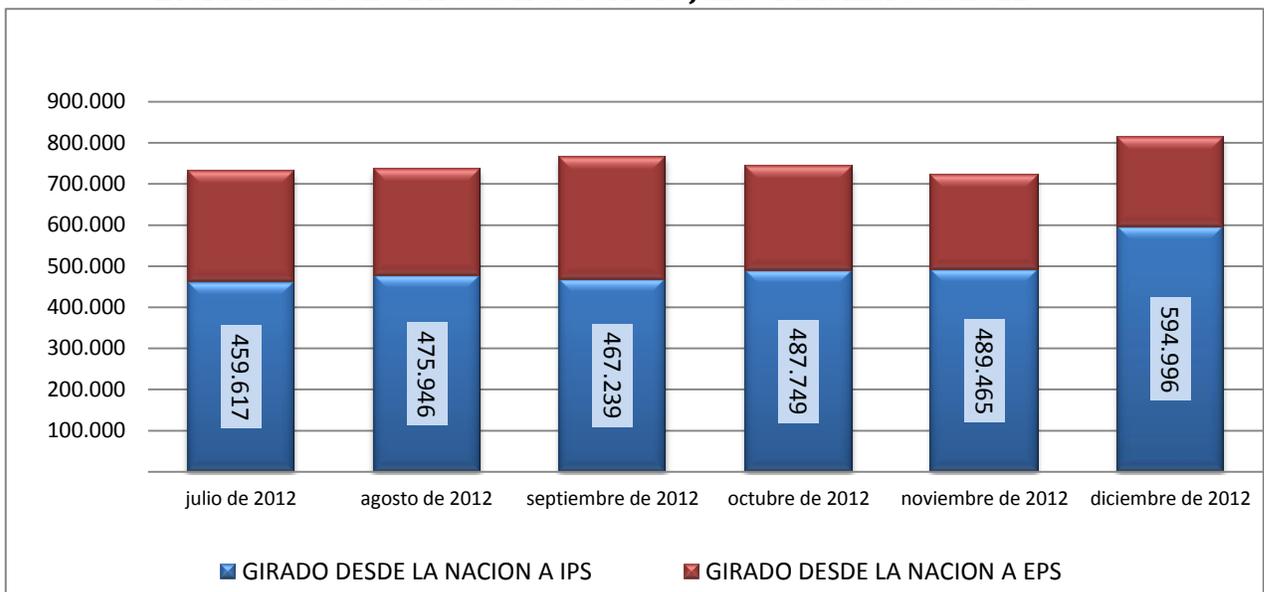
En promedios mensuales, la LMA para el último semestre de 2012 fue de \$842 mil millones, de los cuales el 89% que equivale a \$751 mil millones fueron girados directamente por la Nación. Del anterior total el 66% equivalente a \$496 mil millones fue girado directamente a las IPS y los restantes \$255 mil millones a las EPS.

### ***Evolución giro directo a instituciones prestadoras de servicios de salud***

El giro directo a las IPS se inició desde el mes de abril de 2011, mediante la realización de una prueba piloto con la EPS Caprecom; el monto del primer giro directo fue de \$1.142 millones. A partir del mes de agosto se generaliza la medida, evolucionando el monto de los giros desde los \$38.105 millones de dicho mes, hasta los \$660.649 millones que se giraron en el mes de junio de 2013.

A continuación se muestra el comportamiento del giro directo a IPS en el segundo semestre del año 2012, el cual registró en el mes de julio \$459.617 millones y para diciembre del mismo año el valor fue de \$594.996 millones.

**Gráfica No. 13**  
**Evolución del Giro Directo IPS. Periodo Julio - Diciembre de 2012**

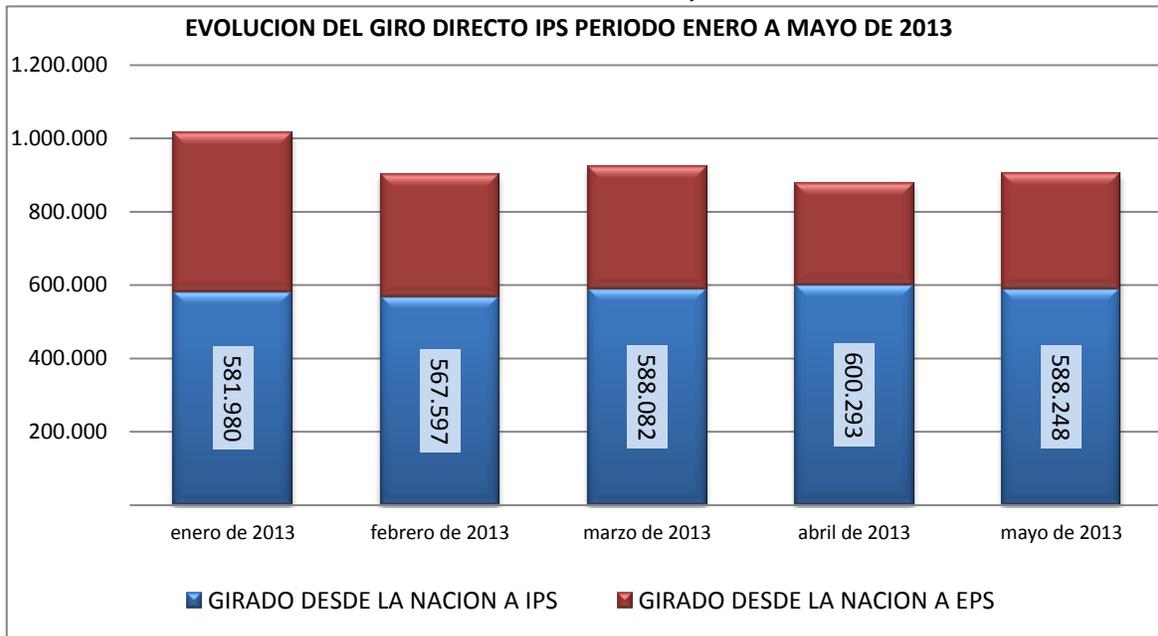


Fuente: MSyPS



En lo corrido de 2013, se continúa la tendencia creciente y se finaliza en el mes de junio con giros por valor de \$660.649 millones, llegando al 74% de los recursos girados por la Nación.

**Gráfica No. 14**  
**Evolución del Giro Directo IPS. Periodo Julio - Diciembre de 2012**



Fuente: MSyPS

## 5.7 Otros Aspectos Financieros

### • Cuentas Maestras

Otra disposición del el MSPS para contribuir a la sostenibilidad financiera y el flujo de recursos es la Ley de “Cuentas Maestras”. En el 2012 se llevó al Congreso el proyecto de Ley y posteriormente se logró su aprobación, que permite en el 2013 tomar más medidas para mejorar la liquidez para el pago de deudas y el saneamiento de la red pública por un valor estimado de \$1.3 billones.

Adicionalmente, con esta la Ley se cuenta con:

- \$200 mil millones adicionales para el pago de deudas del régimen subsidiado.
- \$836 mil millones para aportes patronales al subsidio de la oferta.
- Más de \$100 mil millones para inyectarle al Fondo de Salvamento y Garantías que busca salvar y dinamizar los hospitales públicos que se encuentran intervenidos por la Superintendencia de Salud.
- \$300 mil millones para la subcuenta de garantías del FOSYGA



- **Entidades territoriales**

En las entidades Territoriales, de acuerdo con la información reportada por los Departamentos y Distritos, a través del FUT, con corte a 31 de diciembre de 2012, la ejecución de los ingresos fue del 94.3% y de los gastos el 86.9%.

El giro directo de los recursos del régimen subsidiado a EPS e IPS, en el período 2012 a abril 2013 fue de \$11.6 billones, como se aprecia a continuación:

**Tabla 45.**  
**Giro directo de los recursos del régimen subsidiado a EPS e IPS**

PERÍODO	EPS	Cifras en millones de \$			TOTAL
		EVENTO	CAPITACIÓN	TOTAL	
<b>Vigencia 2012</b>	3.307.536	2.664.190	2.009.000	4.673.190	7.980.725
<b>Enero - Abril 2013</b>	1.381.109	1.543.553	794.398	2.337.951	3.719.061

Fuente: **Ministerio de Salud y Protección Social**

De los saldos en Cuentas Maestras Régimen Subsidiado, con corte a diciembre de 2012 y marzo de 2013 (último reporte), el Ministerio de Salud y Protección Social informó un valor total de \$1.7 billones de pesos, en los cuales Bogotá presenta el mayor saldo en el total nacional, seguido de Cundinamarca, Antioquia y Santander. Los demás departamentos presentan un porcentaje de participación inferior al 5%.

Para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado sobre contratos de aseguramiento suscritos entre las entidades territoriales y las EPS del Régimen Subsidiado hasta marzo de 2011 se encuentra que de los 1.115 municipios, según DANE, reportaron información 1.054, en cumplimiento del Decreto 1080 de 2012, que corresponden al 94.5%. En los departamentos de Guainía y Vaupés no hay reporte de los municipios, los departamentos de Amazonas (22.2%), Caquetá (75.0%), Guaviare (75%) y Santander (78.2%) son las entidades con menores porcentajes de reporte, en las demás entidades el porcentaje de reporte supera el 90%. El 69% de los valores reconocidos como deudas por las entidades territoriales, se concentra en Bolívar (19,0%), Atlántico (8,7%), Córdoba (8,6%), Sucre (8,2%), Chocó (6,6%), Bogotá (6,2%), Cundinamarca (6,1%) y Nariño (6,0%).

Se resalta que Antioquia con 2.355.679 afiliados en el Régimen Subsidiado reconoció deudas por \$23.878 millones, valor inferior al reconocido por Sucre que con 784.375, reconoció deudas por \$43.715 millones y Chocó, que con 398.341 afiliados reconoce deudas por \$35.284 millones. El valor total de la deuda reconocida por las entidades territoriales es de \$530.609 millones, las EPS reportaron cuentas por cobrar a las entidades territoriales por \$1.5 billones, con lo que se presenta una diferencia de \$1 billón.



El saldo de recursos de las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado al corte 31 de diciembre de 2012 ascendía a \$1.7 billones, de los cuales se cancelaron \$105.775 millones correspondientes a deuda reconocida por las entidades territoriales. El menor valor de la deuda reconocida no pagada asciende a \$320.847 millones, los cuales se pagarán \$12.651 millones con recursos del Fondo de Ahorro y estabilización Petrolera FAEP y \$308.196 con recursos de Sistema General de Participaciones SGP-Propósito General de libre inversión del municipio y los provenientes de regalías.

- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios**

El total de ingresos de las EPS del Régimen Contributivo en el año 2012 asciende a \$15.8 billones. El 98.4% son ingresos operacionales y el 1.6% son ingresos no operacionales. Los ingresos operacionales provienen de la Unidad de Pago por Capitación UPC y UPC adicional, que representan el 74% del total de los ingresos y de los recobros al FOSYGA por concepto de medicamentos NO POS y fallos de tutela que representan el 15.6% del total de los ingresos.

Las EPS del Régimen Subsidiado reportan ingresos por \$9.5 billones de los cuales el 94% son ingresos operacionales y el 6% ingresos no operacionales. Los ingresos operacionales provienen principalmente de la UPC y representan el 90.2% del total de los ingresos, de los recobros al FOSYGA en el 0.5% y de los recobros a Entidades Territoriales en el 2%.

En el Régimen Contributivo el total de costos y gastos del periodo asciende a \$16 billones. Los costos representan el 90.3%. Los gastos operacionales (gastos de administración, gastos de ventas y otros operacionales de la prestación de servicio) representan el 7.9%, los gastos no operacionales representan el 1.8%.

En el Régimen Subsidiado los costos más los gastos del periodo ascienden a \$9.8 billones. Los costos representan el 89%, los gastos operacionales (gastos de administración, gastos de ventas y otros operacionales de la prestación de servicio) representan el 5.2% y los gastos no operacionales 5.8% del total.

Al corte 31 de diciembre de 2012 las EPS del Régimen Contributivo reportaron recobros al FOSYGA por \$2.9 billones y las del Régimen Subsidiado \$145.981 millones al FOSYGA y \$656.502 millones a las entidades territoriales. Al corte 31 de marzo de 2013 las EPS del Régimen Contributivo reportaron recobros al FOSYGA por \$2.5 billones y las del Régimen Subsidiado \$149.195 millones al FOSYGA y \$736.909 millones a las entidades territoriales. Los recobros en el Régimen Contributivo en marzo de 2013 presentan una disminución del 0.1%, frente a diciembre de 2012.

En cumplimiento a la Ley 1608 de 2013, las entidades, a partir del mes de abril de 2013, han radicado 64.282 recobros en medicamentos por un valor de \$73.230,7



millones, que equivale al 80.4% del total de recobros y 10.031 tutelas por valor de \$17.855,1 millones, que representan el 19.6% del total, recobros que se encuentran en el proceso de auditoría.

En el Régimen Contributivo los recobros equivalen a 4 veces el patrimonio consolidado de las EPS; en el Régimen Subsidiado el patrimonio consolidado es negativo y equivale al 88% de los recobros registrados, por lo tanto, existe un riesgo en la sostenibilidad y flujo de recursos que afecta el resultado de la operación de las EPS y el cumplimiento de los estándares de permanencia (margen de solvencia y patrimonio mínimo).

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

El resultado neto consolidado, a diciembre 31 de 2012, presenta un superávit de \$352.536 millones en las IPS públicas y en las IPS privadas \$844.456 millones. Los ingresos operacionales por venta de servicios de salud ascendieron a \$8 billones, en las IPS Públicas, \$21.7 millones en las IPS Privadas. Los costos y gastos administrativos equivalen al 69.6% en las IPS Públicas y el 72.2% en las IPS Privadas. El resultado de la utilidad operacional es negativo para las IPS Públicas en \$160.591 y positivo en las IPS Privadas por \$1 billón.

### **Cartera entidad territorial, EPS, IPS públicas y privadas**

De acuerdo con la información reportada por las Entidades Territoriales las cuentas por pagar a las EPS ascienden a \$446.523 millones, frente a \$863.74 millones reportados por las EPS. Las cuentas por pagar reportadas por las Entidades Territoriales a las IPS públicas y privadas son \$567.879 millones; las IPS informan cuentas por cobrar a las Entidades Territoriales por \$1.5 billones.

Las EPS régimen contributivo reportan cuentas por pagar a favor de las IPS por \$2.3 billones, frente a cuentas por cobrar de \$4.3 billones informadas por las IPS. Las EPS régimen subsidiado informan cuentas por pagar a favor de las IPS por \$2 billones, frente a cuentas por cobrar de \$4.7 billones informadas por las IPS.

### **5.8 Saneamiento de Cartera**

Las deficiencias en el flujo de los recursos que financian el régimen subsidiado hacia los prestadores son uno de los temas que se han venido abordando con el fin de mejorar las condiciones de sostenibilidad y liquidez requeridas por estas entidades. Una de las medidas implementadas en desarrollo de la Ley 1438 de 2011, es el giro directo de los recursos de la Nación que financian el régimen subsidiado a los prestadores de servicios; la implementación de dicha medida ha implicado la



reducción en el crecimiento interanual de la cartera mayor a 180 días que pasó de 22% en el período 31 de marzo de 2010–31 de marzo de 2011, a 13% en el período 31 de marzo de 2012–31 de marzo de 2013.

Frente a la insuficiencia de recursos territoriales, que permitan cubrir las deudas por atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (población pobre no asegurada y los eventos no incluidos en el POS subsidiado), el Gobierno Nacional durante el año 2012, distribuyó recursos por \$359.418,1 millones a los departamentos y distritos para el saneamiento de este tipo de deudas. En el siguiente cuadro se presentan los valores distribuidos a cada entidad territorial.

**Tabla 46.**  
**Recursos de la Nación distribuidos a Departamentos y Distritos**  
**para el Saneamiento de Cartera de población pobre en lo No cubierto con**  
**Subsidios a la Demanda - Vigencia 2012**

Departamento/ Distrito	Valor distribuido Millones \$	Departamento/ Distrito	Valor distribuido Millones \$
Amazonas	412.2	Guaviare	1.611.6
Antioquia	61.056.3	Huila	19.327.5
Arauca	2.380.3	La Guajira	9.764.0
Atlántico	5.493.8	Magdalena	7.973.4
Barranquilla	6.051.0	Meta	4.055.1
Bogotá	7.822.2	Nariño	6.232.0
Bolívar	19.259.4	Norte de Santander	20.502.3
Boyacá	9.382.9	Putumayo	2.578.6
Caldas	10.824.4	Quindío	4.286.5
Caquetá	7.164.6	Risaralda	3.782.5
Cartagena	8.547.6	Santa Marta	12.654.6
Casanare	1.036.8	Santander	13.386.4
Cauca	14.729.8	Sucre	14.781.5
Cesar	8.811.8	Tolima	9.855.3
Chocó	8.670.4	Valle del Cauca	35.115.6
Córdoba	7.982.5	Vaupés	109.7
Cundinamarca	13.283.0	Vichada	425.9
Guainía	65.0	Total	359.418.1

**Fuente:** Archivos administrativos MSPS–DPSAP.

Es de destacar que de acuerdo con lo dispuesto en los actos administrativos de distribución, las entidades territoriales deben priorizar el pago de deudas a Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto.



## **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**

La Superintendencia Nacional de Salud, adelanta las actividades correspondientes a su rol como cabeza del Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, además, desarrolla las facultades jurisdiccionales y de conciliación, para garantizar que el sector esté protegido, sea confiable, sostenible, eficaz, eficiente y transparente.

A continuación se presentan las actividades y logros resultantes de la gestión realizada por la entidad correspondiente al periodo julio de 2012 a mayo de 2013, periodo durante el cual continuó realizando esfuerzos por fortalecer el Sistema de inspección, vigilancia y control con el objetivo de proteger los derechos en salud de los usuarios en todo el territorio Nacional.

#### ***Inspección, vigilancia y control en la generación y flujo de recursos de salud***

La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, inspecciona, vigila y controla el flujo de los recursos en lo relacionado con las entidades que generan, administran, recaudan los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El valor de los recursos para la salud, en la vigencia 2012, ascendió a \$31.7 billones, y \$32.2 billones proyectados para 2013, con un incremento del 1.7%. El mayor incremento se presenta en cotizaciones con \$848.071 millones (5.3%), mientras que la Subcuenta de ECAT registra la mayor disminución de \$900.549 millones (81.3%).

Las Rentas Cedidas corresponden a recursos generados por concepto de la explotación de los Monopolios de Licores y Juegos de Suerte y Azar, y el IVA cedido a salud. Con relación al Flujo, las Entidades Territoriales, en 2012; en el periodo enero – abril de 2013, recaudaron un total de \$ 2.260.511.080.000

En la vigencia 2012 se transfirieron \$3.1 billones por recursos de rentas cedidas, de los cuales en el segundo semestre se generaron \$1.9 billones. Para el período comprendido entre enero y abril de 2013 se transfirieron al sector salud recursos por un total de \$368.386 millones. La mayor participación en los recursos corresponde al



impuesto al consumo de Licores, con un 67.7% en 2012, y el 61.7%, hasta abril de 2013; mientras que la menor participación corresponde al valor recaudado por concepto de los Juegos Localizados con un 0.3% en el 2012 y el Impoconsumo (6%) con una participación de 0.4% en 2013.

Los recursos correspondientes al IVA de Licores Vinos, Aperitivos y similares, Cervezas Nacionales y Extranjeras se ubican en el segundo lugar con un 17.9%, seguidos de Apuestas Permanentes con un 7.1%, los operadores del Juego de Lotería con un 3.8% y los Operadores de Juegos Novedosos con un 1.7%. Por concepto del 6% del Impoconsumo la participación es del 1.2% seguido del valor transferido a Colciencias que correspondió al 0.3%.

### ***Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios***

La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, realiza la Inspección, Vigilancia y Control (IVC), a los ejes de Aseguramiento, Prestación de servicios de Salud, Salud Pública, Información para la Calidad en Salud y Gestión del Régimen Subsidiado, dentro de los cuales se articulan los procesos de gestión del riesgo en salud, organización y articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud para todos los usuarios del territorio nacional. Así mismo, ejerce IVC sobre las Entidades Territoriales respecto de sus competencias de Dirección, asistencia técnica a los municipios, organización y habilitación de la red de prestadores, como de los Centros de Reguladores de Urgencias y Emergencias-CRUE, y en los municipios, respecto de su gestión y auditoría sobre el Régimen Subsidiado y la identificación y focalización de la población beneficiaria de los subsidios en Salud.

Entre octubre y diciembre de 2012 mediante contrato N° 254 de 2012, suscrito con la Universidad del Valle se realizó auditoría integral a cuarenta y cuatro (44) Entidades Territoriales de Salud (DTS) del orden municipal, para verificar el cumplimiento de las obligaciones frente al SGSSS en los componentes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud y salud pública para población general y poblaciones especiales. De igual manera, mediante contrato No. 267 de 2012 con la Universidad de Antioquia, se llevaron a cabo auditorías a una muestra de dieciocho (18) EPS, del régimen subsidiado, que operan a nivel nacional, con el fin de detectar posibles barreras de acceso a los servicios de salud, evaluar y verificar la calidad y eficiencia de los procesos llevados a cabo por sus CTC.

Por medio del contrato No. 268 de 2012 suscrito con Universidad de Antioquia, se auditaron los procesos de organización y funcionamiento de las actividades de salud de las diez (10) Administradoras de Riesgos Laborales (antes Administradoras de Riesgos Profesionales), en el marco del Sistema de Riesgos Laborales de Colombia. A



su vez, se auditaron los procesos de atención en salud que se brinda a los afiliados al Sistema de Riesgos Laborales, en una muestra de diez (10) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para lo cual se aplicaron los instrumentos de evaluación de la Superintendencia Nacional de Salud. Actualmente se ha generado el 100% de los informes finales, y con base en los hallazgos, se ordenó la apertura de investigación administrativa para tres (3) ARL y a una (1) IPS privada.

Se realizó auditoría integral de la calidad en la atención en salud a veinte (20) instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, seleccionadas de las principales ciudades del país, que brindan atención a pacientes que conviven con el virus del VIH/SIDA, por medio del contrato No. 309 de 2012 con la Universidad de Antioquia. A la fecha se ha generado el 100% de los informes finales, y según los hallazgos evidenciados se ordenó realizar apertura de una (1) investigación a una (1) IPS de Montería, y se solicitó plan de mejoramiento a quince (15) entidades.

Igualmente, la Superintendencia Nacional de Salud, con el apoyo logístico y operativo, brindado y soportado mediante contrato No. 145 de 2012 con la empresa Goldentech & CIA LTDA, llevó a cabo cinco (5) talleres de capacitación en Bucaramanga, Barranquilla, Medellín, Cali y Bogotá, a los entes territoriales sobre sus competencias y responsabilidades frente a los nuevos retos del SGSSS.

Por otro lado, la Dirección General de Calidad y Prestación de Servicios de Salud, durante este periodo realizó auditoría referencial a 36 Entidades Territoriales Departamentales sobre cumplimiento en la gestión de IVC al Plan de Mantenimiento Hospitalario (PMH) para la vigencia 2012, observando los siguientes aspectos: reportaron un 83% de las ET, 59% de las IPS cumplieron con el reporte y de estas un 52% cumplió con la ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario. El 17% de las IPS no cuentan con Personal Idóneo y Suficiente para garantizar el desarrollo del PMH, el 21% no incluyen Calibración de Equipos Biomédicos, mientras que el 64% no cumple con los requisitos exigidos en el Decreto 1769 del 1994. Con base en los resultados obtenidos, se envió a proceso de investigación a 6 entidades territoriales.

Se efectuó auditoría referencial a los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) de las 32 Entidades Departamentales y 4 Entidades Distritales en Salud, a nivel nacional, obteniendo los siguientes resultados: un 73% de las entidades reportaron información, de las cuales un 27% cumplen con un nivel alto los requisitos del CRUE, y un 42% no cumple con reporte de red de transporte. En el año 2012 se envió a proceso investigativo a 9 Entidades Territoriales

Realizó auditoría referencial para vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que reglamentan la selección, adquisición, importación y evaluación de la tecnología biomédica por parte de las 36 Entidades Territoriales de orden Departamental y



Distrital Certificados en Salud, para la vigencia 2012, observando que el 75% registró cumplimiento en el reporte y de estos, tan solo el 7.5% cumple estructura del reporte.

Realizó seguimiento a coberturas de vacunación vigencia 2012 a Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, evidenciando que solo el 19.4% de las entidades se encuentra con coberturas útiles dentro de las metas establecidas, y el restante 80.6% se encuentran por debajo de la meta. El 25% cuenta con coberturas menores al 50%, lo cual establece un alto riesgo de la población infantil frente a las enfermedades inmunoprevenibles. Por este concepto, se remitió a procesos de investigación administrativa a 9 departamentos.

En Indicadores de Alerta Temprana y Calidad, se realizó seguimiento del cumplimiento del decreto Ley 019 de 2012 - artículo 123, oportunidad para la asignación de citas de consulta general, obteniendo los siguientes resultados: Del universo de EPS que actualmente opera, el 93.7% de las entidades reportó información, la asignación de citas para Medicina General se comportó en promedio de 2.2 a 4.2 días para el Régimen Contributivo, de 1.7 a 3 días para el Régimen Subsidiado y de 1 a 2 días para EPS Indígenas. Con base en los hallazgos se remitió a investigación a 44 entidades por incumplimientos frente a lo establecido por la norma.

Se realizó auditoría referencial, con relación a la Red Prestadora, lo cual generó los siguientes resultados: reporte Direcciones Territoriales de Salud del 80.5%, EPS Contributivo 91% y, EPS Subsidiado 98%. Se evidencian incumplimientos frente a cobertura por parte de una EPS del Régimen Subsidiado, una EPS del Régimen contributivo y de dos Cajas de Compensación.

En cumplimiento de las acciones de seguimiento al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se llevó a cabo el monitoreo a la notificación obligatoria para las Entidades Territoriales, así como a las EAPB, para las semanas epidemiológicas 1 a 44, de la vigencia 2012. Dentro de los hallazgos principales se evidencia que la mayoría de departamentos registraron durante los diez períodos epidemiológicos algún nivel de silencio epidemiológico por parte de los municipios, por lo cual se procedió a oficiar a veintiocho (28) de ellos para solicitar explicaciones por las acciones u omisiones de la entidad departamental que pudieron incidir en el silencio epidemiológico de los municipios de su jurisdicción.

Se llevó a cabo auditoría referencial a la garantía de los derechos en salud para la población desplazada mediante requerimiento oficial a las entidades territoriales, correspondiente a la vigencia 2011. Los departamentos y/o distritos de Amazonas, Bolívar, Cartagena, Boyacá, Choco, Córdoba, Magdalena, Santa Marta y San Andrés no dieron respuesta al requerimiento, a los cuales se les adelantará investigación administrativa por presunto incumplimiento de la normatividad del SGSSS que regula las actuaciones para con la población desplazada.



Por su parte, la Dirección General de Aseguramiento, durante el lapso de julio de 2012 a mayo de 2013, gestionó los siguientes procesos:

- Habilitaciones y/o autorización de funcionamiento de EAPB del Régimen subsidiado para Salud Andina, y cambio de nueva persona jurídica de Alianza Medellín Antioquia EPS
- Planes voluntarios de salud.
- Autorización para la comercialización del Plan Complementario “Básico, Plus y Preferencial” de SURA
- Autorización de: Plan En Casa y Plan Integral de Nueva EPS, Plan Bienestar de Emermédica, Plan Complementario Especial de Comfenalco Valle, Plan Selecto Joven de Cafesalud MP
- Autorización del Anexo Plus Plan Integral y Anexo de Medicamentos Ambulatorios al contrato Colectivo de Servicio de MP Plan Integral de Colsanitas
- Rechazo Plan Dental Elite y Modular Preferencial Coomeva
- Se tramitaron 22 solicitudes de reformas estatutarias por parte de las EAPB.
- Gestión para Redistribución de la Capacidad de Afiliación, modificación mixta a la capacidad de afiliación, y Modificación a la capacidad geográfica para ocho (8) EAPB
- Se gestionaron 15 solicitudes de aprobación de campañas de EAPB
- Se gestionaron 99 solicitudes correspondientes a cambios en la constitución de cooperativas de trabajo asociado, gestión informes asamblea, liquidación voluntaria, terminación de la existencia legal, registro libros, etc.

### ***Protección al usuario y participación ciudadana***

La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, durante la vigencia julio de 2012 a mayo de 2013, desarrolló su gestión en cumplimiento a las competencias establecidas en Decreto 1018 de 2007, en los componentes de inspección, vigilancia y control a la implementación y desarrollo de los Sistemas de Atención al usuario de acuerdo con lo establecido en las normas legales vigentes.

Como resultado de la aplicación del procedimiento administrativo sancionatorio, durante el periodo del 1° de julio de 2012 a mayo 31 de 2013, se dio apertura a 37 procesos administrativos sancionatorios a 12 EPS. De la misma forma se hizo con los entes territoriales con 41 procesos iniciados, para un gran total de 78 causas abiertas.

En lo que respecta a sanciones se profirieron 8, de las cuales 2 se encuentran ejecutoriadas a las EAPB Cajacopi y Emdisalud. Las restantes 6 se encuentran surtiendo la segunda instancia. El 50% del total de sanciones se profirieron en contra



de Saludcoop por problemas relacionados con Accesibilidad e incumplimiento a las instrucciones expedidas por esta Superintendencia Nacional de Salud.

Frente a Resoluciones de Archivo Definitivo -una vez agotadas todas las etapas del procedimiento administrativo sancionatorio- se expedieron 5, las cuales se encuentran en firme y se presentó un caso de caducidad de la facultad sancionatoria.

En la actualidad se encuentran 38 causas, con apertura de averiguaciones preliminares en contra de 13 EPS. La vigilada con más averiguaciones en curso de este grupo es Humanavivir con un 18% del total.

Como casos especiales de despliegue de la facultad sancionatoria del Delegado de Protección está una apertura en contra de la Fiduprevisora S.A. por una acumulación de 103 peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del magisterio del Tolima y dos averiguaciones preliminares en contra de Coomeva EPS y Medicina Prepagada por casos de no respuesta a 2500 peticiones quejas y reclamos recibidas a través del Contact Center. Finalmente, es importante mencionar que se realizó un total de 56 visitas inspectivas.

### ***Medidas Especiales***

La Superintendencia Nacional de Salud tiene la facultad de intervención estatal, a través de mecanismos como lo son las medidas preventivas de toma de posesión, consagradas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y la intervención forzosa administrativa para administrar y/o liquidar, cuya finalidad esencial es: Medida cautelar de toma de posesión y de intervención forzosa para administrar; Medida cautelar de toma de posesión y de intervención forzosa para liquidar y Medida cautelar de vigilancia especial.

Con corte a mayo 31 de 2013, se encuentran en medida cautelar preventiva de toma de posesión y de intervención forzosa tanto para administrar como para liquidar cuarenta y nueve entidades, distribuidas en el territorio nacional, de la siguiente manera: Empresas Sociales del Estado: 14; EPS Régimen Contributivo: 10; EPS Régimen Subsidiado: 19; EPS Indígenas: 2; IPS Privadas: 3 y Monopolio Rentístico: 1.

- **Vigilancia Especial (total 8):**

- EPS Contributivo: Cruz Blanca – Comfenalco Antioquia – Servicio Occidental de Salud - Cafesalud
- EPS Subsidiado: Confacundi - Convida
- EPS Indígenas: Asociación de Cabildos Indígenas y la Guajira Dusakawi – Asociación de Indígenas del Cauca



- **Intervenciones para Administrar (total 18):**
  - EPS Contributivo: Saludcoop
  - EPS Subsidiado: Emdisalud
  - Empresas Sociales del Estado: Camú del Prado – Hospital Local de Puerto Colombia – Hospital Departamental San Francisco de Asís – Hospital Departamental Moreno Clavijo – Hospital La Candelaria – Hospital Juan de Acosta – Hospital San Rafael – Hospital Eduardo Santos – Hospital San José del Guaviare – Red de Servicios de I Nivel de Atención en Salud – Hospital Manuel Elkin Patarroyo - UBA Nuestra Señora del Carmen I Nivel – Hospital Departamental de San Marcos – Hospital la Cruz
  - IPS Privadas: Clínica Montería – Clínica Santiago de Cali
  
- **Intervenciones para Liquidar (total 19):**
  - EPS Contributivo: Unimec – Salud Colombia – Humana Vivir
  - EPS Subsidiado: Solsalud – Calisalud – Comcaja – Comfaca – Camacol – Comfenalco Antioquia caja – Cafaba – Cajasan – Comfenalco Santander – Comfaoriente – Famisalud Comfanorte – Comfenalco Tolima – Selva Salud – Salud Cóndor
  - IPS Privada: Clínica de Manizales
  - Monopolio Rentístico: Lotería del Atlántico
  
- **Liquidación Voluntaria (total 3):**
  - EPS Contributivo: Multimédicas – Red Salud – Colpatria
  
- **Plan de Recuperación (total 1):**
  - EPS Subsidiado: Cajacopi

Las causales que han originado las intervenciones forzosas dispuestas por la Superintendencia Nacional de Salud, en términos generales, están enmarcadas en la crítica deficiencia de la prestación de los servicios de salud y en estado de insolvencia económica, por incumplimiento de las condiciones de capacidad financiera establecidos en la legislación financieras; para el caso de las entidades que manejan régimen subsidiado por presentar margen de solvencia negativo y en las entidades del régimen contributivo por no acreditar el patrimonio mínimo establecido en la legislación vigente.

Estas causales están acompañadas de hechos persistentes tales como: Contabilidad sin depuración total, situaciones laborales sin definir, cuentas médicas sin registro contable, numerosos procesos judiciales en contra de la entidad, dificultades en el recaudo de recursos y pago no oportuno de los acreedores y posibles situaciones irregulares objeto de traslado a las entidades de control.



### ***Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET***

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 1438 de 2011 (modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013) y el Decreto Reglamentario 4690 de 2011, por el cual se crea el Fondo de Salvamento y Garantías del sector Salud (FONSAET) con el objeto de asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud con sus recursos propios, se adelantó por parte de la Delegada para Medidas Especiales las acciones pertinentes que permitió la asignación de los recursos del FONSAET vigencia 2012 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, a 8 entidades en proceso de intervención forzosa para administrar mediante la Resolución No.4362 de 2012 por un monto de \$29.700.959.310.

### ***Función Conciliatoria y Jurisdiccional***

Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Delegada para la función Jurisdiccional y de Conciliación, en el período comprendido entre julio de 2012 y mayo de 2013 realizaron un total de 5 jornadas de conciliación con un total de 142 actas de conciliación, de las cuales 42 se desarrollaron en Bogotá, de las solicitudes radicadas.

El valor de las actas de conciliación realizadas durante el 2013 a fecha del 31 de mayo en jornadas de conciliación fue de \$18.574.390.326 y en la ciudad de Bogotá el valor conciliado es de \$33.382988.235 para un total conciliado durante el 2013 de \$51.957.378.561

En el tema jurisdiccional, en el año 2013 se han recibido 294 solicitudes que correspondieron a los siguientes asuntos: Prestaciones económicas 173, Reconocimiento económico 62, Glosas 62, Cobertura 24, Prestaciones excluidas 3 y Libre elección 5

### ***Gestión de Apoyo Institucional***

La Oficina Asesora Jurídica tiene a su cargo atender, tramitar y realizar el seguimiento a los asuntos y procesos jurídicos en que tenga interés la Superintendencia, actividad que realiza a través de cinco grupos.

El Grupo de Tutelas tiene a su cargo el trámite de las acciones de tutela en las cuales el sujeto pasivo es la Superintendencia Nacional de Salud en calidad de entidad accionada o vinculada, los incidentes de desacato, fallos y oficios de solicitud de



concepto o información, remisión de fallos a las diferentes delegadas para la realización de las respectivas investigaciones, entre otros. Desde el 01 de junio del 2012 al 20 de mayo de 2013, se tramitaron un total 6.817 documentos; 3.682 en el segundo semestre de 2012 y 3.135 a 20 de mayo de 2013.

El Grupo de Cobro Persuasivo y Jurisdicción Coactiva adelanta las gestiones necesarias con el fin de recaudar los dineros provenientes de las obligaciones a favor de la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección del Tesoro Nacional o la Subcuenta del Consorcio SAYP, contenidos en los títulos que presten mérito ejecutivo, sea por el cobro de recursos propios para la Entidad o por multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud en desarrollo de sus funciones. Durante el año 2012 (junio a diciembre de 2012) la gestión realizada permitió un recaudo total de seis mil seiscientos ochenta y cuatro millones. Para el año 2013, hasta el mes de abril de 2013 se tramitaron un total de 502 expedientes.

El Grupo de Defensa Judicial, cuyas funciones se resumen en el cumplimiento de las acciones, políticas y medidas encaminadas a la eficaz y eficiente defensa de los derechos patrimoniales y judiciales de la entidad, en el cuarto trimestre de 2012 y primer trimestre de 2013 ha tramitado un total de 38 solicitudes de conciliación, de las cuales 30 fueron sometidas a decisión del Comité de Conciliación en el periodo analizado. Los casos restantes corresponden a las recibidas en los últimos días del mes de marzo, 3 de ellas fueron llevadas al Comité de conciliación celebrado el 12 de abril de 2013 y las restantes serán discutidas en el próximo Comité.

En cuanto a las labores ejecutadas por el Grupo de Conceptos y Apoyo Legislativo, en el último trimestre de 2012 se tramitaron 579 consultas, 195 peticiones y 178 solicitudes. Los temas mayormente consultados y tramitados son los relacionados con aseguramiento, financiamiento, prestación de servicios y medidas especiales. En el año 2013 (enero a abril de 2013), se resolvió un total de 72 peticiones y conceptos.

En el lapso comprendido de junio de 2012 a mayo de 2013, el Grupo Interno de Trabajo de Primera y Segunda Instancia, tuvo a cargo el trámite de recursos de reposición en materia de medidas especiales, revocatorias de certificados de habilitación y funcionamiento, recursos de apelación en procesos administrativos sancionatorios y recursos de reposición y solicitudes de revocatoria en materia de Tasa. En el período comprendido entre el mes de mayo de 2012 a mayo de 2013, ingresó un total de 282 asuntos, de los cuales fueron evacuados doscientos tres (203) procesos que equivale a un 72% del total, quedando asuntos pendientes por evacuar 79 procesos, que equivalen al 28%.



## 6.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima

El INVIMA ha constituido un grupo asesor a manera de unidad de trabajo con el propósito de conformar la inteligencia de negocio necesaria para operar un sistema de gestión de riesgos con doble alcance, hacia la institución y hacia el cumplimiento de su objeto misional.

A su vez, la metodología estándar de gestión de riesgos como herramienta para mejorar la efectividad y la eficiencia de la función de Inspección, Vigilancia y Control-IVC, se ha extendido a las áreas misionales del Invima y siendo ajustada a sus respectivas especificidades.

La independencia y transparencia esperada en la función misional del Instituto ya opera a través de la separación e individualización en áreas separadas de las funciones. El sistema de control de la gestión se ha fortalecido mediante la integración de todos los criterios y estándares a satisfacer en un único sistema, que se espera relacionar con la métrica de evaluación del logro del recurso humano y de la efectividad de las acciones emprendidas, así como de la medición de los impactos alcanzados sobre la seguridad asociada al consumo, el mejoramiento del estatus sanitario del país y la consolidación de la confianza del consumidor en el sistema de vigilancia.

### Acciones de Inspección, Vigilancia y Control del INVIMA

El Instituto en este periodo ha realizado en total 10.331 acciones de Inspección, Vigilancia y Control de la siguiente manera:

**Tabla 47.**  
**Invima. Acciones de IVC realizadas**

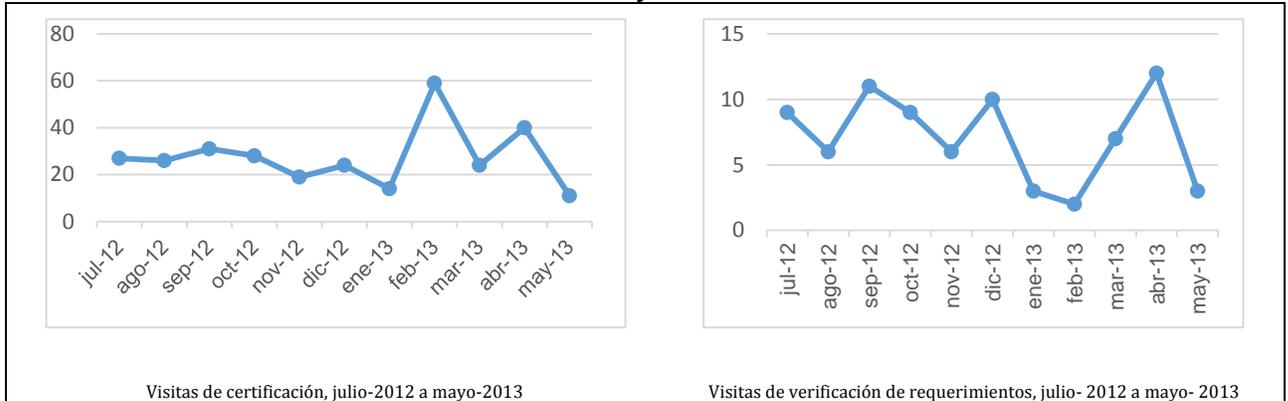
IVC	Alimentos	Cosméticos	Dispositivos	Medicamentos	Bancos de Sangre y puestos de control	A IPS por programa especial de farmacovigilancia	Plantas de beneficio animal de desposte y desprese	TOTAL ACCIONES DE IVC POR PERIODOS
Periodo Jul-Dic 2012	3883	29	97	74	33	91	540	4747
Periodo Ene-May 2012	4448	0	242	432	49	0	413	5584
<b>TOTAL ACCIONES DE IVC</b>								<b>10331</b>

Fuente: Plan Operativo Anual 2012 – Plan Operativo Anual corte Mayo 2013, oficina Asesora de Planeación INVIMA

- Visitas de certificación: Se realizaron un total de 303 visitas de certificación.
- Visitas de verificación de requerimientos: Se realizaron un total de 78 visitas



**Gráfica No. 15**  
**Visitas de Certificación y de Verificación**



Fuente: INVIMA. Dirección de Dispositivos Médicos

### Bancos de Tejidos y Medula Ósea

Los Bancos de Tejidos que proveen córneas, piel, válvulas cardiacas, hueso y otros tejidos y células para implantes o injertos, son certificados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA en dos niveles: Condiciones Sanitarias mínimas y Buenas Prácticas.

**Tabla 48.**  
**Tipos de Visitas**

TIPO DE VISITA	No. VISITAS
Condiciones Sanitarias	3
Buenas Prácticas	8
Visitas de IVC	6
Medidas Sanitarias Aplicadas	3

Fuente: INVIMA. Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías

En las tres (3) medidas sanitarias aplicadas fueron cancelados dos (2) certificados de Buenas Prácticas y un (1) certificado de Condiciones Sanitarias.

### Bancos de la Unidades de Biomedicina Reproductiva

Otra competencia es la Vigilancia y certificación a los bancos de biomedicina reproductiva (bancos de Gametos).

**Tabla 49.**  
**Tipos de Visitas**

TIPO DE VISITA	No. VISITAS
Verificación de Requisitos Sanitarios	7
Visitas IVC	6

Fuente: INVIMA. Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías



## Programas de Vigilancia y Control Post-comercialización, Programa Nacional DeMuestra la Calidad

El objetivo principal del programa DeMuestra la calidad, verifica el cumplimiento de las especificaciones de calidad de los medicamentos y Dispositivos Médicos seleccionados; las muestras de estos productos son tomadas en todo el país en diferentes tipos de establecimientos como lo son: fabricantes e importadores para el caso de dispositivos médicos y para medicamentos en servicios farmacéuticos hospitalarios, droguerías y distribuidores mayoristas.

### **Para Medicamentos:**

El programa consta de tres etapas durante el análisis de las muestras de los medicamentos:

1. De análisis de muestras comerciales realizada por los laboratorios de análisis de calidad de universidades públicas como lo son la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquia, la Universidad del Atlántico y la Universidad de Cartagena.
2. De confirmación de los resultados de las muestras comerciales por parte de los laboratorios del INVIMA.
3. De reconfirmación a través del análisis de las muestra de retención que reposan en las instalaciones del laboratorio fabricante.

La ejecución del programa en el año 2012 tuvo como objeto 21 principios activos, pertenecientes a 13 grupos terapéuticos diferentes y 3 formas farmacéuticas diferentes. Se desarrolló en 25 ciudades en las cuales se encuentran representadas todas las zonas climáticas del país. En desarrollo de esa actividad, tomaron 594 muestras con el apoyo técnico de las secretarías de salud de cada departamento; para el año 2013 tiene como objeto 15 principios activos 11 grupos terapéuticos diferentes y 5 formas farmacéuticas diferentes. A continuación se visualizan los resultados:

**Tabla 50.**  
**Resultados de Acciones realizadas**

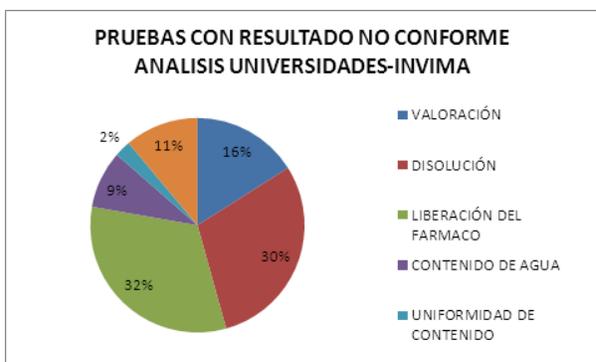
PERIODO	UNIDAD DE MEDIDA	RESULTADOS	ACCIONES
Julio 2012– Diciembre 2012	598 muestras (21 principios activos)	594 muestras analizadas, 57 no conformes	86 contra-muestras fueron enviadas al laboratorios del Invima para su análisis <sup>1</sup>
Enero 2013 – Mayo 2013	86 contra- muestras analizadas por el laboratorio del Invima (15 principios activos)	35 contra- muestras con resultados no conformes y 5 muestras de retención confirmatorios de resultados no conformes.	Se realizó proceso sancionatorio a 2 laboratorios por resultados no conformes; se envió a revisión de oficio 2 registros sanitarios, 4 laboratorios en proceso de investigación por resultados no conformes en contra-muestras.
Proyecto 2013	15 principios activos	Actualmente se encuentra en proceso de toma de muestras en todo el país.	

**Fuente:** Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

1 De parte del laboratorio del INVIMA se analizaron muestras adicionales de los medicamentos Diclofenaco retard, Efavirenz y Micoferolato, razón por la cual en el informe se indica que se analizaron 86 contra-muestra y no 57

La gráfica nos indica la distribución de las no conformidades presentadas de los medicamentos analizados por los centros de análisis de las diferentes universidades, dentro la primera etapa de análisis del programa.

**Gráfica No. 16**



- Valoración: Está relacionada con la cuantificación del principio activo dentro del medicamento.
- Disolución: Es un factor importante en formas farmacéuticas sólidas, debido a que afecta directamente la absorción del fármaco.
- Uniformidad de contenido: Nos indica que el fármaco este distribuido uniformemente dentro de la forma farmacéutica.
- Liberación del fármaco: Es un factor importante y que está relacionado con la efectividad del medicamento.

### Para Dispositivos Médicos:

Los productos evaluados son: jeringas, preservativos y guantes. Durante el año 2012 se incluyen dos nuevos dispositivos médicos: catéteres y equipos de macrogoteo, para lo cual mediante contrato interadministrativo No.1192 de 2012 suscrito con la Universidad Nacional de Colombia se obtuvieron los siguientes resultados: 14 procedimientos microbiológicos, 6 procedimientos químicos, 12 procedimientos físicos de catéteres, 10 procedimientos físicos de equipos de venoclisis. Así mismo, de acuerdo a la viabilidad técnica disponible durante el desarrollo de los ensayos fueron realizados los siguientes ensayos piloto: 3 ensayos de tipo químico y 6 ensayos de tipo Fisicomecánico.

En consideración a lo anterior, el plan de muestreo de julio 2012 a mayo 2013 se puede apreciar en la siguiente tabla:

**Tabla 51.**  
**Muestreo de Dispositivos**

PROYECTO	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	TOTAL
Jeringas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guantes	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Preservativos	0	0	5	4	6	0	0	0	0	0	0	15
Cateter y Eq. Macrogoteo	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	6
<b>TOTAL MUESTRAS</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>
<b>TOTAL UNIDADES</b>	<b>11.975</b>											



## Piloto de Señalización

La implementación de un sistema de trazabilidad facilita y optimiza los procesos de inspección, vigilancia y control a través del uso de tecnologías de información y comunicación.

Indudablemente, todo lo que implique el conocimiento del recorrido del medicamento en la cadena de comercialización desde su producción hasta su comercialización y/o administración al paciente, se traduce en procesos más eficientes y seguros, lo que va a beneficiar a la cadena de comercialización, la salud pública nacional y al consumidor/paciente colombiano, cada vez que necesite o le sea prescrito un medicamento, por lo que se desarrolló la prueba piloto sobre trazabilidad (Señalización) de medicamentos con los siguientes resultados:

### *Resultados Generales Señalización de Medicamentos*

**Tabla 52.**  
**Resultados Señalización**

PERIODO	RESULTADOS
Julio 2012 – mayo 2013	Se implementó la prueba piloto en siete (7) ciudades del país: 2 fronteras, 1 de difícil acceso y 4 densamente pobladas, con la participación de las Entidades Territoriales de Salud. El piloto se desarrolló teniendo en cuenta los resultados y recomendaciones generadas por la Universidad Nacional como resultado de dos convenios. Se basó en la aplicación de estándares internacionales, con el fin de establecer si la tecnología utilizada era la más adecuada a las condiciones nacionales buscando el cumplimiento del propósito de la Ley 1122 de 2007 artículo 34 literal d). Los actores que se involucraron voluntariamente, aportaron el talento humano y el hardware requerido. Participaron 11 laboratorios (Nacionales y Multinacionales) y 12 principios activos. Se concluye que: la identificación y marcación de los medicamentos con aplicación de estándares internacionales, Lote, Fecha de Vencimiento y serial, facilita los registros de trazabilidad. La serialización es una herramienta de alto nivel para combatir temas de falsificación, contrabando y adulteración. Piden los actores que la implementación sea por fases de acuerdo con los medicamentos seleccionados.

Fuente: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

## Programa de Farmacovigilancia

El INVIMA a través del Programa Nacional de Farmacovigilancia, realiza la vigilancia post comercialización de medicamentos que permite conocer los eventos adversos o problemas relacionados con el uso de los mismos y de esta forma obtener información de seguridad y promover el uso seguro y adecuado de los medicamentos en Colombia, a través de la Red Nacional de Farmacovigilancia.



## Resultados Generales Programa de Farmacovigilancia

**Tabla 53.**  
**Resultados Farmaco-vigilancia**

ACTIVIDAD	RESULTADOS		
	May-Dic 2011	Ene-Jun 2012	Jul 2012-May 2013
No. de Reportes de reacciones adversas a medicamentos	2098	2641	7560
No. de Envío de Reportes a UPPSALA	1	2	3
No. de Respuestas de Reacciones adversas a Medicamentos enviados a los reportantes	286	563	1200
Visitas de fortalecimiento de Programa Nacional de Farmacovigilancia a Laboratorios	7	0	0
Visitas de fortalecimiento de Programa Nacional de Farmacovigilancia a IPS	37	11	106
Capacitaciones de Fortalecimiento del Programa nacional de Farmacovigilancia	12	8	20
Gestión de alertas y desarrollo de informes de seguridad de relevancia e impacto para la salud pública (profesionales de la salud)	0	15	31
Gestión de alertas y desarrollo de informes de seguridad de relevancia e impacto para la salud pública (para usuarios)	0	2	13
Emisión de comunicados y alertas	5	0	2
Generación de Información con base a datos locales	1	1	4
Oficios publicados en la página web	0	2	2
Circulares publicadas en la página web	0	2	2

Fuente: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

El INVIMA ha establecido las principales actividades enfocadas en la gestión del riesgo de gestión de alertas y generación de informes de seguridad de relevancia e impacto para la salud pública, la clasificación de todos los eventos adversos a medicamentos provenientes de la Red Nacional de Farmacovigilancia y generación de respuestas, así como el fortalecimiento del Programa Nacional de Farmacovigilancia, a través de las visitas de seguimiento realizadas a Instituciones Prestadoras de Salud, fortalecimiento de los Nodos regionales y aumento de los integrantes de la Red.

## Programa Nacional de Tecnovigilancia

**Tabla 54.**  
**Resultados Tecno-vigilancia**

ACTIVIDADES	Jul-Dic 2012	Ene-May 2013	TOTAL
Número de Reportes de Eventos e Incidentes Adversos	739	940	1679
Número de Inscritos a la Red Nacional de Tecnovigilancia	650	834	1484
Número de Alertas Gestionadas	8	5	13
Número de Informes de Seguridad Gestionados	37	34	71
Número de Recalls Gestionadas	27	42	69

Desarrollo del “Aplicativo Web de Tecnovigilancia para la notificación ON LINE”, el cual ha permitido obtener los reportes de los eventos e incidentes adversos asociados al uso de los Dispositivos Médicos en tiempo real.



Aplicación de la metodología “signal” para establecer una posible asociación de causalidad entre el evento y el dispositivo, los cuales fueron un insumo para el modelo de vigilancia por riesgo.

### **Programa Nacional de Reactivovigilancia**

Se realizó suscripción del Convenio No.1192 de 2012 con los siguientes resultados:

- Socialización y divulgación del programa de vigilancia post mercadeo de reactivos de diagnóstico in vitro.
- Organización de la estructura para la administración de base de datos.
- Validación del FORMATO DE REPORTE DE EVENTO-INCIDENTE ADVERSO.
- Desarrollo de la Metodología de gestión del riesgo (Análisis Modo Falla Efecto) entre los usuarios seleccionados del sector público y privado.
- Primera aproximación a la construcción del ABC de Reactivovigilancia como elemento didáctico de promoción del Programa.

**Tabla 55.**  
**Resultados Reactivo-vigilancia**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>TOTAL</b>
Número de Reportes de Eventos e Incidentes Adversos	10	10	20
Número de Alertas Gestionadas	28	33	16

### **Programa Nacional de Biovigilancia**

- Se desarrolló una Mesa de Expertos. Mesa de Trabajo Colaborativo y Vigilancia Prospectiva “Papel de un Task Force en la Formulación de los Aspectos del Marco Normativo” el 25 y 26 de Octubre de 2012 que determinó la viabilidad de aplicar este modelo para la gestión.
- Elaboración del ABC de Biovigilancia, en actualización para ser armonizado con el nuevo modelo de IVC para los productos de uso y consumo.
- Se presenta la primera aproximación a la estructuración del modelo de administración del riesgo para tejidos y productos derivados de células y tejidos.

### **Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias**

El INVIMA, en un trabajo armonizado con los principios de análisis de riesgos y bajo el marco del Plan Nacional de Residuos, durante el periodo comprendido entre mayo de 2012 y junio de 2013, proyectó la realización de un estudio descriptivo de tipo



transversal para determinar la residualidad de medicamentos veterinarios, plaguicidas, y otros contaminantes químicos en productos de origen animal (aves, bovinos, porcinos, leche cruda, productos de la acuicultura) y productos hortofrutícolas (arroz, papa, tomate, maracuyá, sandía, cebolla cabezona, mango, aguacate hass y melón).

La selección de dichos productos se hizo teniendo en cuenta el consumo nacional y potencial exportador y las sustancias a analizar fueron seleccionadas con base en su toxicococinética, toxicodinámica, impacto en salud, persistencia, y uso.

### Microorganismos Patógenos

Los estudios científicos de referencia han sido diseñados para obtener datos coherentes con una base cuantitativa, representados en la prevalencia y/o concentración de los microorganismos a monitorear en carne de las especies Bovina, Aviar y Porcina en relación a la producción nacional en la cadena alimentaria.

**Tabla 56.**  
**Avances del programa de monitoreo de Microorganismos Patógenos**

PROGRAMA DE MONITOREO MICROBIOLÓGICO	ALCANCE	ESPECIE o PRODUCTO	No. DE MUESTRAS TOMADAS	RESULTADOS Y OBSERVACIONES
<i>Salmonella spp.</i>	Determinar la prevalencia.	Canal bovina	262	Los resultados, se encuentran en la etapa de análisis para estimar la tasa de porcentaje positivo de <i>Salmonella</i> . La prevalencia se calculará a partir de estos datos y se utilizará para determinar los estándares de desempeño.
		Canal porcina	261	
		Canal de aves	600	
<i>E. coli</i> (Genérico)	Verificar control del proceso en plantas de beneficio, para establecer el cumplimiento del criterio microbiológico.	Canal bovina	Pruebas piloto en 13 plantas de Aves y 10 de Bovinos (Total 23)	
		Canal de aves		
	Determinar la concentración del microorganismos.	Canal porcina	172	Se encuentra en proceso, el análisis de los resultados por parte de la Red Nacional de Laboratorios y del Laboratorio Nacional de Referencia INVIMA.

### 6.3 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes

#### Disponibilidad de Medicamentos Monopolio del Estado

En cumplimiento de la función de disponibilidad y accesibilidad de los Medicamentos Monopolio de Estado–MME a la totalidad de la población usuaria a nivel nacional, durante el periodo de 1 de Julio de 2012 a 31 de mayo de 2013, el consumo de los medicamentos monopolio del Estado refleja las siguientes cifras:



**Tabla 57.**  
**Consolidado de Ventas de Medicamentos a nivel nacional**  
**Del 1 de julio de 2012 a 31 de mayo de 2013**

Nombre Medicamento	Presentación	Jul - Dic 2012	Ene - May 2013	Total Periodo
Fenobarbital Elixir 0,4%	Frasco	9.967	11.480	21.447
Fenobarbital X 10 Mg	Caja 30 Tabletas	4.865	3.826	8.691
Fenobarbital X 50 Mg	Caja 30 Tabletas	12.058	4.699	16.757
Fenobarbital X 100 Mg.	Caja 30 Tabletas	240.857	243.225	484.082
Fenobarbital X 40 Mg/ML.	Caja 10 Ampollas	3.666	3.021	6.687
Fenobarbital X 200 Mg/ML.	Caja 10 Ampollas	2.378	1.009	3.387
Hidromorfona Hcl X 2 Mg/ML.	Caja 10 Ampollas	17.353	23.158	40.511
Hidromorfona Hcl X 2.5 Mg	Caja 20 Tabletas	24.223	21.994	46.217
Hidromorfona Hcl X 5 Mg	Caja 20 Tabletas	984	1.303	2.287
Meperidina Hcl X 100 Mg/2 Ml	Caja 10 Ampollas	20.943	18.096	39.039
Morfina Hcl X 10 Mg/ML.	Caja 10 Ampollas	60.197	60.167	120.364
Morfina Solucion Al 3% Vial	Frasco	8.568	9.493	18.061
Morfina Solucion Al 3% Oral	Frasco	32.885	37.162	70.047
Primidona 250 Mg	Fco 100 Tabletas	3.431	2.472	5.903
Metadona Hcl X 10 Mg.	Fco 20 Tabletas	18.384	15.924	34.308
Metadona Hcl X 40 Mg.	Fco 20 Tabletas	9.953	7.652	17.605
Concerta 18 Mg	Fco 30 Tabletas	1.774	1.585	3.359
Concerta 36 Mg	Fco 30 Tabletas	1.892	2.139	4.031
Ritalina La 20 Mg	Fco 30 Capsulas	996	1.027	2.023
Ritalina La 30 Mg	Fco 30 Capsulas	471	559	1.030
Ritalina Hcl X 10 Mg	Fco 30 Tabletas	33.852	65.013	98.865
TOTAL EN Millones VENTA MEDICAMENTOS		<b>4.644.8</b>	<b>5.365.3</b>	
TOTAL EN Millones VENTA MATERIA PRIMA		-	<b>0.4</b>	
TOTAL VENTA MEDICAMENTOS + MATERIA PRIMA		<b>4.644.8</b>	<b>5.365.7</b>	

Fuente: FNE

**Tabla 58.**  
**Consolidado de Ventas de Medicamentos Monopolio del Estado**  
**por Departamentos**

Departamento	II Semestre 2012		Enero a Mayo de 2013		Total Periodo	
	Cifras en Millones de pesos		Cifras en Millones de pesos		Cifras en Millones de pesos	
Antioquia	1.516.3	32,6%	2.320.3	43,2%	3.836.7	38,3%
Amazonas	0.6	0,0%	2.0	0,0%	2.7	0,0%
Atlántico	101.8	2,2%	205.3	3,8%	307.1	3,1%
Arauca	4.4	0,1%	0	0,0%	4.4	0,0%
Bolívar	36.9	0,8%	40.2	0,8%	77.2	0,8%
Boyacá	34.9	0,8%	35.5	0,7%	70.4	0,7%
Caldas	174.8	3,8%	113.1	2,1%	287.9	2,9%
Cauca	29.2	0,6%	5.5	0,1%	34.8	0,3%
Caquetá	8.2	0,2%	3.0	0,1%	11.2	0,1%
Córdoba	60.2	1,3%	0	0,0%	60.2	0,6%
Cundinamarca	11.9	0,3%	11.4	0,2%	23.3	0,2%
Casanare	12.7	0,3%	1.1	0,0%	13.9	0,1%
Cesar	18.6	0,4%	8.0	0,1%	26.6	0,3%
Choco	6.2	0,1%	5.6	0,1%	11.8	0,1%
Guajira	4.7	0,1%	0	0,0%	4.7	0,0%
Guainía	0.3	0,0%	0.0	0,0%	0.4	0,0%
Guaviare	1.4	0,0%	0	0,0%	1.4	0,0%



<b>Huila</b>	39.1	0,8%	32.9	0,6%	72.0	0,7%
<b>Nariño</b>	38.4	0,8%	0	0,0%	38.4	0,4%
<b>Norte de Santander</b>	92.8	2,0%	113.7	2,1%	206.6	2,1%
<b>Magdalena</b>	19.9	0,4%	0	0,0%	19.9	0,2%
<b>Meta</b>	25.7	0,6%	0.5	0,0%	26.2	0,3%
<b>Putumayo</b>	5.3	0,1%	0	0,0%	5.3	0,1%
<b>Quindío</b>	359.0	7,7%	317.0	5,9%	676.1	6,8%
<b>Tolima</b>	56.0	1,2%	4.6	0,1%	60.6	0,6%
<b>Sucre</b>	14.4	0,3%	9.3	0,2%	23.7	0,2%
<b>Santander</b>	148.0	3,2%	222.1	4,1%	370.1	3,7%
<b>Risaralda</b>	174.6	3,8%	236.7	4,4%	411.3	4,1%
<b>Vaupés</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Valle</b>	116.1	2,5%	287.7	5,4%	403.8	4,0%
<b>San Andres</b>	1.4	0,0%	3.5	0,1%	4.9	0,0%
<b>Vichada</b>	0.1	0,0%	0	0,0%	0.1	0,0%
<b>Colsubsidio</b>	364.3	7,8%	363.4	6,8%	727.7	7,3%
<b>Bogotá</b>	1.164.9	25,1%	1.021.8	19,0%	2.186.7	21,8%
<b>Total</b>	<b>4.644.8</b>	<b>100%</b>	<b>5.365.3</b>	<b>100%</b>	<b>10.010.</b>	<b>100%</b>
					<b>1</b>	

Fuente: FNE

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 Tabletas; 5. Hidromorfona HCl 2,5 mg Tabletas; e, 6. Hidromorfona HCl 2,0 mg/mL Solución Inyectable–Ampolla.

Por departamentos, la mayor participación en el consumo de MME se presenta en los departamentos de Antioquia, con el 38.3% del consumo nacional, seguido de Bogotá D.C., con el 29.1% (incluye dispensación por Colsubsidio), Quindío, con el 6.8%, Risaralda con el 4.1%, Valle con el 4.0% y Santander con el 3.7%, siendo las regiones que registran los mayores niveles de distribución y venta a nivel nacional.

De esta manera, la Unidad garantiza el 100% la disponibilidad de la mayoría de dichos medicamentos, realizando la 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 del síndrome de deficiencia en atención) a los pacientes colombianos.

De esta manera se cumple la función social del Estado, cual es permitir el acceso a los MME a la población colombiana, y ejercer el control en la distribución de los mismos, logrando que en todo el territorio nacional se disponga de las existencias adecuadas de medicamentos.

**Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen.**



En cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, durante el período de julio de 2012 a mayo de 2013, se han realizado las siguientes actividades de control a usuarios que manejan sustancias sometidas a fiscalización y los medicamentos de control especial, así:

**Tabla 59.**  
**Consolidado Actividades de Control FNE**

ITEM	ACTIVIDAD	Nº DE ACCIONES REALIZADAS	Nº DE ACCIONES REALIZADAS
		II SEMESTRE 2012	ENERO 1 A MAYO 31 DE 2013
1	Solicitudes de Inscripción y Relacionadas (Ampliación, Modificación, Renovación y Cancelación)	327 solicitadas 230 atendidas	73 solicitadas 82 atendidas
2	Solicitudes de Cupos de Importación	127	31
3	Visto Bueno a Licencia de Importación	630	540
4	Solicitud de Certificado de Importación	348	280
5	Solicitud de Liberación y Endoso de Guía Aérea	148	35
6	Solicitud de Inspección en Depósito Aduanero	390	340
7	Solicitud de Formalización de Importación y Autorización de Entrega de Mercancía	398	136
8	Solicitud de Autorización de Compra Local	89	17
10	Solicitud de Certificado de Exportación	157	84
11	Respuesta a Notificación Previa a la Exportación	20	16
12	Realización de Visitas de Auditoria a Usuarios Inscritos y No Inscritos	116	178
<b>TOTAL</b>		<b>3031</b>	<b>1500</b>

Fuente: FNE

## 6.4 Vigilancia en Salud Pública e INS

### 6.4.1 Acciones INS

*Creación de once nuevos eventos de notificación en SIVIGILA (Meta Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para todos").*



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, de acuerdo a la Ley 1122 de 2006 y el Decreto 3518 de 2006, como responsable operativo de la vigilancia y el control de las enfermedades de interés en salud pública; realiza una serie de cambios en su interior, a fin de considerar las interrelaciones del sistema.

Dentro de los avances obtenidos, tenemos que en el segundo semestre de 2012 y los meses de enero a mayo de 2013, se desarrollaron 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.
- Violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual.
- Mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de cinco años.
- Vigilancia centinela de exposición a flúor.
- Vigilancia de tuberculosis fármaco resistente
- Morbilidad materna extrema

También en el 2012 se avanzó en la construcción y consolidación del subsistema vía web para evaluar el estado nutricional de la gestante y de los menores de 18 años como grupos susceptibles a vigilar como medida de salud pública.

Al adelantar este proceso también se realizaron las pruebas piloto para dos de los eventos de vigilancia nutricional:

- Vigilancia de la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años
- Vigilancia del estado nutricional de la gestante

Adicionalmente, se diseñaron y elaboraron los siguientes protocolos de eventos nuevos para incluir en el SIVIGILA:

- Protocolo de vigilancia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en población general.
- Protocolo para la vigilancia de la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años.

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). (Meta Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 “Prosperidad para Todos”).



Inicialmente se seleccionó una muestra de 444 UPGD; en la prueba de campo se estimó una pérdida de 15% que se agregó al tamaño establecido y se caracterizaron finalmente 518 (116,6%) durante el año 2012, en todas las capitales del territorio nacional, el cumplimiento superior al esperado, obedeció a la necesidad de reposición de la muestra por el criterio de no inclusión las UPGD que no llevan RIPS al momento del estudio.

Respecto a la factibilidad y viabilidad de la implementación de una estrategia articulada a nivel nacional de los RIPS al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se puede afirmar gracias a los resultados obtenidos, que es viable implementar esta estrategia.

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), son una fuente importante de información para su uso en Vigilancia en Salud Pública, los RIPS pueden ser de utilidad si se mantienen unos estándares mínimos de calidad, lo cual fue demostrado en el estudio piloto realizado de manera conjunta por el Instituto Nacional de Salud, las entidades territoriales y UPGD piloto del proyecto durante el año 2012, en cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014.

Durante el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud abordarán estrategias para garantizar la disponibilidad oportuna de los registros de datos, el mejoramiento de la calidad de los mismos y el aumento de la cobertura mediante su transferencia directa desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al MSPS (SISPRO).

## **Observatorio Nacional de Salud**

Mediante el Decreto 2774 del 28 de diciembre de 2012, se creó el Observatorio Nacional de Salud, como una Dirección dentro de la estructura del Instituto Nacional de Salud.

Dentro de las actividades desarrolladas por el Observatorio Nacional de Salud (ONS) en aras de fortalecer el análisis y seguimiento de la situación de salud de la población colombiana para la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, durante el periodo comprendido de enero a mayo de 2013 se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Propuesta de diseño e implementación del Observatorio Nacional de Salud con la descripción de las fases de diseño, implementación y operación del mismo.
- Operativización del convenio 427 de 2012, mediante reuniones de trabajo entre el comité técnico del INS y Colciencias, desarrollando:

Líneas de trabajo:



- El desarrollo de la primera reunión de observatorios el día 15 de mayo de 2013 cuyo objetivo fue “Intercambiar experiencias, lecciones aprendidas y avances de los observatorios temáticos nacionales y regionales en sus procesos de implementación y operación, que permita brindar orientaciones al proceso de implementación del ONS y avanzar en la conformación de la red de observatorios en salud”
- El desarrollo del primer panel de expertos realizada los días 16 y 17 de mayo de 2013 cuyo objetivo fue “Orientar el proceso de diseño e implementación del Observatorio Nacional de Salud de Colombia y sus alcances con base en la experiencia de un grupo multidisciplinario de expertos nacionales e internacionales”
- Definición de la estructura y revisión de información necesaria para la elaboración del primer informe del Observatorio la comisión séptima de Senado y Cámara.
- Definición del plan de análisis de la información disponible.

#### **6.4.2 Acciones de la Dirección de Epidemiología y Demografía**

Con la escisión del Ministerio de Protección Social, el nuevo Ministerio de Salud y Protección Social asume de nuevo una visión enfocada sobre la salud pública y retoma la rectoría del sistema en la materia, con una mirada de transectorialidad.

Con este nuevo marco referencial se da la directriz en marzo de 2012, desde el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, que los esfuerzos se enfoquen a la recuperación de las capacidades básicas de las Direcciones Territoriales de Salud–DTS, que tienen a su cargo transformar las políticas y normas en acciones efectivas.

Siguiendo esta misma corriente se crea la nueva Dirección de Epidemiología y Demografía para que desarrolle desde lo conceptual y técnico (no tecnológico) los sistemas de información en salud y la planeación estratégica en salud y modernice y regule el Sistema de vigilancia en salud pública.

#### **Plan de Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública**

Uno de los tres pilares fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (PND) es la *Igualdad de Oportunidades para la Igualdad Social*, con la que se busca nivelar el terreno de juego, que garantice que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino,



independientemente de su género, etnia, posición social o lugar de origen<sup>38</sup>. Para su cumplimiento en el PND se definió, entre otras, una estrategia de fortalecimiento institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y para tal efecto, la Dirección de Epidemiología y Demografía respondiendo a la necesidad de trascender de un sistema de vigilancia epidemiológico a uno de evaluación del riesgo que garantice la oportuna detección y gestión de los riesgos en salud y de robustecer el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país, dio inicio a un plan de fortalecimiento para el Sistema.

Dicho plan en el que se integran esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y del Instituto Nacional de Salud (INS) tiene como propósito afianzar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y contempla los siguientes objetivos para el año 2012- 2013:

1. Definir e implementar los indicadores de análisis de resultado necesarios para describir el comportamiento de los eventos que hacen parte de la Fuente Sivigila-INS y que son requeridos para la toma de decisiones y diseño de intervenciones en salud.
2. Actualizar el listado de eventos objeto del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
3. Ampliar la cobertura de operadores de datos que hacen parte de la Fuente Sivigila.
4. Actualizar el modelo de vigilancia en salud pública y establecer las estrategias de vigilancia específicos para cada uno de los eventos que hacen parte del Sistema.
5. Definir los ajustes necesarios para que la información de la Fuente Sivigila sea dispuesta de forma efectiva para su uso en la toma de decisiones.
6. Proponer los desarrollos normativos para cumplir con lo propuesto en el modelo y estrategias de vigilancia.
7. Integrar la fuente de información Sivigila a la bodega de datos SISPRO.

Respecto a los avances a 31 de mayo de 2013 se tiene:

- Se seleccionó de manera conjunta con profesionales expertos en cada evento de interés, una batería de indicadores que son analizados de manera periódica para la toma de decisiones en salud.
- Se construyó una metodología para la inclusión de eventos de interés en salud pública.
- Se consolidó un listado de eventos de interés en salud pública para el país, entre los cuales de acuerdo a los criterios se incluyeron 22 eventos nuevos (Torch, Oncocercosis, Tracoma, Hepatitis Distintas a A, Infecciones De Transmisión Sexual Ulcerativas, Brucelosis, Cisticercosis, Rickettsiosis, Accidente Con Riesgo Biológico, Accidente Por Otros Animales Venenosos, Lesiones o Muertes Por Accidentes De Tránsito, Eventos Adversos De

<sup>38</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014.



Procedimientos Estéticos, Lesiones En Menor Trabajador, Suicidio/Intento De Suicidio/Lesiones Autoinflingidas, Lesiones Por Minas Antipersona, Cáncer Tumores Sólidos (Mama, Colon, Próstata), Enfermedades Huérfanas, Embarazo en Adolescentes, Morbilidad Neonatal Extrema, Consumo De Sustancias Psicoactivas por Vía Endovenosa, Enfermedad Mental (Trastornos Psicóticos), Desnutrición Y Obesidad); para un total de más de 80 eventos de interés.

- Se actualizó y se está implementando la metodología de caracterización de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Se realizó el análisis del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (RESPS) y se tiene un marco de referencia de 6323 UPGD nuevas.
- Se realizó una actualización del modelo conceptual de vigilancia del país con el objeto de integrar los componentes epidemiológico, demográfico y de intervenciones y servicios en salud.
- Se definieron las estrategias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública entre las que se encuentran: Rutinaria (Notificación de Casos predefinidos), Comunitaria, Búsqueda Secundaria (Registros Administrativos), Estudios Poblacionales y Seguimiento a la Gestión.
- Se realizó revisión de las estrategias de vigilancia de algunos de los eventos de interés entre ellos Tosferina, Infección Respiratoria Aguda, Zoonosis y Tracoma.
- Se construyó en forma conjunta con el Ministerio del Interior y de Justicia los lineamientos para la vigilancia en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios.
- Se realizó una revisión de la reglamentación que soporta la gestión y funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública entre cuyos temas se incluye: Plataforma estratégica del Sistema, Procesos gerenciales, misionales y de apoyo del Sistema, Criterios de inclusión de Eventos de Interés en Salud Pública, Componentes del Sistema, Estrategias del Sistema y Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública.
- Se integró la información de la Fuente Sivigila de los años 2007 a 2011 a la bodega de datos SISPRO.

### **Proyecto de Recuperación Red Nacional de Laboratorios**

En cumplimiento de la directriz de recuperar las capacidades básicas de las DTS, se prioriza la Red Nacional de Laboratorios con el desarrollo del proyecto “Recuperación de la Red Nacional de Laboratorios” para ser desarrollado en tres fases que fueron planteadas de acuerdo a la estructura de la Red establecida por el Decreto 2323 de 2006.



### ***Primera fase: Diagnóstico Estructural y Funcional de los Laboratorios Departamentales de Salud Pública (junio 2012– diciembre 2013)***

Se completan 3 instrumentos diagnósticos que evalúan diferentes aspectos de la red, los cuales son aplicados en el 100% de los laboratorios departamentales:

- Catastro físico
- Inventario de Equipos y áreas funcionales.
- Inventario de Técnicas disponibles y certificadas por laboratorio

Complementariamente se analizaron como fuentes secundarias:

- El estudio de Capacidades Básicas UN 2009–2010,
- La evaluación del plan anti–pandemia 2010,
- Informes técnicos del INS e Invima, Superintendencia de Salud,

Así mismo, se establecieron mesas de trabajo con los laboratorios de salud pública departamentales y el INS e Invima para que articuladamente se fortalezcan la capacidad de respuesta de los laboratorios, en temas prioritarios para el país.

Fueron desarrollados como insumos complementarios por los institutos nacionales de referencia los estándares funcionales de las técnicas requeridas.

Con estos insumos y teniendo en cuenta el análisis epidemiológico territorial, se desarrolló para cada departamento con la metodología de marco lógico un diagnóstico integral que resume sus necesidades en infraestructura, equipos, técnicas, entrenamiento y talento humano.

Como las DTS deben contar con perfiles profesionales de los cargos acorde a sus necesidades, mantener la continuidad de sus procesos a través de la contratación estable de personal, además deben ser evaluadas en sus competencias por medio de criterios de habilitación específicos, tal como ocurre con los prestadores de servicios en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad–SOGC, se desarrollaron estándares para “habilitación” y evaluación periódica y se formuló un proyecto de resolución que define el proceso para aplicar dichos estándares.

Se redefinió el flujo de referencia en el territorio nacional; proponiendo laboratorios con énfasis temático, que pudieran recibir muestras y apoyar la gestión de otros territorios de acuerdo a temas específicos.

Se instauró una mesa de trabajo continua con el INS y el INVIMA para gestionar las acciones de cada departamento y se inició el acompañamiento a tres departamentos, para presentar proyecto de infraestructura la Fondo Nacional de Regalías.



### ***Segunda fase: Laboratorios Nacionales de Referencia-INS-INVIMA (mayo 2013-mayo 2014)***

Se desarrolló el modelo de IVC sanitario en el país y la respectiva norma que lo adopta. Se hará revisión de los procesos de articulación desde los territorios, entre laboratorios nacionales y con el Ministerio, para garantizar el cumplimiento de las funciones misionales del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el Modelo de Inspección, Vigilancia y Control.

En esta fase se hará el diagnóstico funcional y estructural de estos laboratorios para sustentar y gestionar los recursos necesarios para la vigencia 2014.

### ***Tercera fase: Laboratorios Complementarios (Simultánea con la fase 2)***

Busca la normalización e integración en red de otros laboratorios (aguas, alimentos, medicamentos, clínicos, citohistopatología, genética, etc.) que se requieren para la vigilancia en salud pública.

En esta fase se ha construido el proceso de adscripción de todo tipo de laboratorio al registro nacional RUL (que complementara el REPS de prestadores en el que actualmente solo figuran los laboratorios clínicos). Se desarrollaron con el INS y el INVIMA los estándares de certificación para poder hacer parte de la RNL (proceso optativo de los laboratorios)

Se desarrolló el procedimiento, criterios y proyecto de resolución para la Adscripción de privados y particulares a la RNL.

### **Gestión de conocimiento en salud**

Actualmente Colombia cuenta con el conjunto de herramientas, métodos y procesos más completos de hispanoamérica para la generación y uso de la información y conocimiento en salud, los cuales son claves para la identificación de los principales problemas que afectan las condiciones de salud y bienestar de los colombianos; y permiten también implementar mecanismos para monitoría, análisis y evaluación de todas las políticas, estrategias y programas de salud descritos arriba en este informe.

Este conjunto incorpora los enfoques y principios de las mejores prácticas a nivel mundial en cuanto a gestión del conocimiento en salud, desde la generación y captación de los datos primarios hasta la comunicación y divulgación del conocimiento para uso por parte de todos los actores y ciudadanos relacionados con la toma de decisiones en salud a todo nivel. Incluye como estrategias operativas una completa logística para el mejoramiento continuo de las fuentes de información; integración progresiva de las fuentes de información al SISPRO; disposición y acceso



fácil de la información presentada en indicadores, índices, tablas, mapas, tablas de información agregada, bases de datos, entre otros.

También se han implementado modelos robustos para el análisis de la información aplicada a la toma de decisiones como el sistema de Observatorios, Registros y Sistemas de Seguimiento; un programa estructurado para el sistema de estudios poblacionales que abarca y fortalece los estudios más importantes en salud pública que se realizan periódicamente en el país, proyectado a 10 años, en paralelo al Plan Decenal de Salud Pública.

Igualmente se ha incorporado un sistema inteligente para el acceso y disposición de las publicaciones más importantes en salud pública generada por el Ministerio y por otros actores claves, que se basan en el fortalecimiento de la Biblioteca Virtual en Salud y el nuevo Repositorio Institucional Digital, los cuales están integrados con los sistemas de información bibliográficos más importantes de las Américas, como Scielo, Lilacs, Bireme, Cochrane, entre otros.

### **Registros, observatorios y sistemas de seguimiento para la salud pública**

Los esfuerzos y compromisos desde el sector salud en materia de información en salud, con la integración de las fuentes disponibles de información con datos relevantes sobre la salud de las personas en un sistema único y representativo para el país, y materializado en el Sistema de Información Integral de la Protección Social, SISPRO, constituye un hecho histórico que agrega mayor significado a los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacional dispuestos para monitorear la salud y las desigualdades comúnmente asociadas a esta entre grupos específicos dentro de la población Colombiana.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado 27 Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento-ROSS para que cumplan con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. Aunque los roles y alcances definidos para los ROSS-MSPS están en sintonía con solucionar la limitada disponibilidad de información a nivel tanto individual como contextual, así como local, nacional e internacional, no se han limitado en registrar y recopilar datos sobre morbilidad y mortalidad, en ésta oportunidad adquieren un valor adicional debido que se han concentrado en identificar y monitorear las condiciones que inducen a cambios en la salud de las poblaciones e influyen en comportamientos y conductas de riesgo para la salud en las personas.

Los Observatorios en el nuevo milenio deben concebirse como instancias proactivas y efectivas en la planeación de la salud pública que requieren de continuidad. Así mismo deben estar en capacidad de ser sistemas inteligentes con el propósito de identificar los riesgos que deterioren la salud de la población, por ello es necesario



que estén integrados horizontal y verticalmente en todos los niveles estratégicos de la información: desde lo local hasta lo global. Por ésta razón, los observatorios de salud pública reflejan la importancia creciente que resulta del trabajo entre agencias y de acciones intersectoriales sólidas, que no sólo buscan entregar mayor relevancia a la generación y difusión de información, si no adicionalmente, gestionar el conocimiento como garantía en la formulación y orientación de políticas e intervenciones en salud basadas en la evidencia.

El Rol de los Observatorios es gestionar el conocimiento en salud para el país, pero esta gestión del conocimiento debe darse en, al menos tres (3) niveles que valen la pena destacar. En primer lugar, la identificación de desigualdades socio-económicas asociadas a estados de salud que experimentan determinados grupos de manera acentuada y en forma creciente. En segundo lugar, el seguimiento de políticas en salud conducidas para enfrentar éstas desigualdades, y mejorar el acceso y oportunidad de los servicios de salud. Y en tercer lugar, el uso de información accesible y transparente en la forma cómo se asigna y movilizan los recursos de las intervenciones en salud.

De esta forma y con el fin de constituir avances en la vigilancia de salud pública de acuerdo el perfil epidemiológico del país, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del SISPRO usa fuentes de información que por norma legal deben ser notificadas, captadas desde varios niveles, sin pretender crear sistemas paralelos o reemplazar, sino dirigiendo esfuerzos necesarios para fortalecer los sistemas de información existentes. Así, el SISPRO constituye la fuente principal de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales priorizados e implementados.

Previa implementación de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales fue necesario realizar y garantizar el cumplimiento de las siguientes estrategias, con el fin de proporcionar confianza normativa, estabilidad en materia de información y estandarización de conceptos y métodos al alcance y finalidades de los observatorios:

- Mejoramiento e Integración de Fuentes de Información
- Priorización de Necesidades de Seguimiento y Monitoreo
- Revisión Marco Normativo
- Estandarización de Conceptos y Métodos

La consideración principal del Ministerio de Salud y Protección Social desde la Dirección de Epidemiología y Demografía, es optimizar el uso y aprovechamiento de las fuentes de información que son obligatorias por norma legal y, si estas presentan deficiencias que afecten su cobertura, oportunidad, calidad o flujo, dedicar esfuerzos para superarlas, pero no sustituirlos o reemplazarlos por sistemas paralelos no obligatorios. Se propone de esta forma que cada observatorio y sistema de



seguimiento, use información rutinaria captada por norma legal y aquella que suministran los estudios y encuestas poblacionales periódicamente.

El Ministerio de Salud y Protección Social desde la Oficina de Tecnología de la Información y la comunicación-TIC y la Dirección de Epidemiología y Demografía, actualmente está en proceso de integración de registros y fuentes externas con información y estadísticas relevantes sobre personas que permitan dar cuenta sobre el estado y condiciones de salud de la población Colombiana en un Sistema Único de Información en Salud: Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 112 y 113 de la Ley 1438 de 2011: promover la articulación del Sistema de Información en Salud único y representativo para el país.

Se hace necesario realizar una diferenciación entre fuentes de información e identificar cuatro (4) tipos en concordancia con los planteados por el DANE<sup>39</sup>:

- a) Registros Administrativos (Estadísticas vitales, registros administrativos nacionales, registros poblacionales)
- b) Encuestas (Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Demografía y Salud, etc.)
- c) Censos
- d) Estadísticas Derivadas (índices, sub-análisis, análisis secundarios de información, etc.)

La identificación de tales fuentes de información permitió además explorar la calidad de gran parte de las fuentes de información con datos de personas en salud y enfatizar en la estandarización de criterios de notificación, uso de variables y categorías, y obligatoriedad del reporte con el fin de afianzar la cultura del dato a través de los mismos ROSS.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente, de acuerdo con las estructuras y especificaciones del SISPRO. La tabla enlista las fuentes de información nominales que se encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO que tienen datos relevantes sobre personas en el sector salud que soportan la operación de los ROSS.

**Tabla 60. Registros Administrativos SISPRO.**

FUENTE
1 REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
2 REGISTRO UNICO DE AFILIADOS (RUAUF)
3 PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA)
4 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS)
5 REGISTRO UNICO DE POBLACION DESPLAZADA (RUPD)
6 SISBEN
7 RED UNIDOS

<sup>39</sup> DANE, Documento Metodológico Plan Estratégico Nacional de Estadísticas-PENDES. Bogotá, 2006.



- 8 BASE DE DATOS ÚNICA DE AFILIACIÓN (BDUA)
- 9 ASISTENCIA SOCIAL DE RUAF (FAMILIAS EN ACCION)
- 10 INFORMACION DE SERVICIOS DE SALUD
- 11 REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIONES - PAI NOMINAL WEB
- 12 EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DEL SIVIGILA
- 13 ESTADÍSTICAS VITALES
- 14 ACTIVIDADES DE PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA (PEDT)
- 15 REGISTRO DE ERC, CUENTA DE ALTO COSTO ERC, (CAC ERC)
- 16 REGISTRO DE VIH, TBC, CUENTA DE ALTO COSTO VIH, TB (CAC VIH)
- 17 INFORMACION DE RECLAMACIONES AL FOSYGA (ECAT)
- 18 INFORMACION DE RECLAMACIONES AL FOSYGA (RECOBROS, MEDICAMENTOS Y TUTELAS)
- 19 INFORMACION DEL OBSERVATORIO DE VIH (SEGUIMIENTO DE EMBARAZADAS)
- 20 REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS
- 21 INFORMACION DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA (SIVELCE)
- 22 INFORMACION DE CUENTA DE ALTO COSTO (CAC CANCER)
- 23 DECLARATORIA DE SALUD DE LAS EPS
- 24 REGISTRO UNICO DE VICTIMAS (RUV) UNARIF
- 25 SEGUIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS NUEVOS
- 26 COMPENSADOS
- 27 SIMAT MINEDUCACION

**Fuente:** Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

El desarrollo y fortalecimiento de estos ROSS–MSPS reflejan la importancia alcanzada en el país por el trabajo conjunto entre agencias e instituciones, por el acceso e intercambio de información de la salud de las personas. El Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud, ha priorizado, agrupado y concentrado un set de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales que generan información apoyados en el SISPRO, gestionan el conocimiento y difunden resultados con tal finalidad. Estos se agrupan de acuerdo su naturaleza de observación y seguimiento en cuatro (4) categorías:

## Observatorios

**Tabla 61. Observatorios**

1	ONV Colombia - Observatorio Nacional de Violencias
2	ONVIH - Observatorio Nacional de ITS – VIH/SIDA
3	ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental
4	Observatorio Nacional de Maternidad Segura de Colombia
5	Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente
6	Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento para Colombia
7	OSAN Colombia - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional Colombia
8	Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud
9	Observatorio de Enfermedad Crónica Renal y Salud Cardiovascular
10	Observatorio Andino de Economía de la Salud
11	Observatorio de Salud Étnica de Colombia
12	Observatorio Nacional de Zoonosis
13	Observatorio de Discapacidad de Colombia
14	Observatorio de Cáncer de Colombia
15	Observatorio de Calidad en Salud



## Sistemas de seguimiento

**Tabla 62. Sistemas de Seguimiento**

1	Sistema de Seguimiento a la Atención en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado
2	SSIVE – Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo
3	Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia de Colombia
4	Sistema de Seguimiento a Eventos de Notificación Obligatoria en Salud
6	Sistema de Seguimiento para el Logro de los ODM Colombia
7	Sistema Estándar de Indicadores Demográficos de Colombia
8	SAPS – Sistema de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud
9	Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud de Colombia
10	Sistema de Seguimiento a los Indicadores OECD
11	Sistema de Indicadores para Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

## Registros

**Tabla 63. Registros**

1	Registro de Enfermedades Huérfanas y Raras de Colombia
2	Registro de Actividades Preventivas en Salud

## Sala Situacional

### Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI

Es importante precisar que el desarrollo e implementación de los observatorios liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social dan cumplimiento a una serie de obligaciones normativas dispuestas mediante documentos de política CONPES, Leyes, Resoluciones, Decretos y Acuerdos, en los que se establece la formulación de sistemas de seguimiento así como de sistema estándar de indicadores que permitan realizar monitoreo a los cambios de la salud de los colombianos en una amplia gama de áreas de interés para la salud pública, que van desde la salud materno-infantil, pasando la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a medicamentos y las tecnologías en salud, la prevención y control de las formas de violencias, hasta la atención adecuada e integral de la población envejecimiento del país.

De esta forma, el seguimiento ofrece información relevante acerca de la situación en un momento dado de las políticas, programas y proyectos, envía señales acerca de la labor que se está llevando a cabo en el proceso de alcanzar las metas que se quieren evaluar, mientras que la evaluación ofrece la evidencia de por qué los objetivos y efectos se están, o no, alcanzando.

La integración de fuentes de información inicia a partir del conocimiento de las variables que se requieren, identificando y recopilando datos relevantes con las características que contiene cada una de las fuentes para someterlas a evaluación, hasta la entrega de la fuente mejorada en cobertura, calidad y oportunidad previo



almacenamiento en la Bodega de Datos del SISPRO. De este modo, el alcance de este proceso de integración implica el desarrollo sistemático de las siguientes actividades:

1. Recopilar la fuente necesaria para someterla a evaluación (Identificarla y conocer sus atributos de calidad, disponibilidad, oportunidad).
2. Verificar el cumplimiento de los atributos previamente establecidos.
3. Establecer el modelo del flujo de la información en función de los parámetros establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Verificar el cumplimiento adecuado del flujo de información.
5. Consolidar y priorizar hallazgos frente a los atributos de cobertura, calidad y flujo de información para realizar ajustes concernientes.
6. Definir e desarrollar estrategias para superar dificultades y enfrentar posibles hallazgos que comprometan la calidad, cobertura y un adecuado flujo de la información.
7. Viabilizar estrategias de intervención para mejoramiento de las fuentes: incluir en planes, programas y proyectos de acuerdo los criterios establecidos.
8. Verificar la ejecución y los resultados obtenidos a partir del desarrollo de las estrategias en materia de información.
9. Realizar los ajustes necesarios para mejorar el flujo de la información en futuros procesos.

Es importante destacar que tanto las encuestas y estudios poblacionales como fuente secundaria de información, proporcionan información relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, permitiendo caracterizar a nivel geográfico y Sociodemográficos condiciones específicas de la salud, y profundizar sobre sus determinantes y posibles contribuciones mediante análisis y asociación entre variables.

Igualmente identifica la transición y comportamiento de problemas presentados en diferentes series de tiempo, complementando la evidenciada que proporcionan otras fuentes de información. De esta forma, los resultados de encuestas y estudios han sido fundamentalmente concentrados para orientar decisiones de política pública, asignación de recursos y soportar la formulación e implementación de acciones e intervenciones que, enmarcados en planes y programas, pueden conducir a soluciones y enfrentar problemas específicos en el país.

El Ministerio de Salud y Protección definió como uno de sus proceso misionales en el momento de la escisión ...*“Promover, orientar y dirigir la elaboración de estudios de impacto, pronóstico y seguimiento de la Salud Pública en los componentes epidemiológico, demográfico y de servicios de salud, así como proponer, desarrollar, ejecutar y apoyar actividades de investigación para problemas de Salud Pública y promoción social”*... (Decreto 4107 de 2011).



Con el fin de retomar su rol como recto de la investigación para salud, creo en su nueva estructura mediante el mismo decreto la Dirección de Epidemiología y Demografía y dentro de ella el grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información con el Subgrupo de Estudios Poblacionales (Grupo multidisciplinario con experiencia en áreas como Epidemiología, Salud Pública, Estadística entre otras); con el objetivo de apoyar técnicamente todas las investigaciones en salud de interés para el país, respondiendo a las necesidades de la población colombiana.

En 2012, el Ministerio retomó la agenda programática nacional de estudios poblacionales en salud para lo cual realizó:

- Inventario de estudios y encuestas periódicas y puntuales.
- Proceso estandarizado de análisis y seguimiento de los estudios en curso.
- Revisión de variables de todos los estudios para eliminar traslapes entre ellos e incluir otras necesidades de información no cubiertas.
- Definición de periodicidad de los estudios y encuestas para garantizar comparabilidad en el tiempo, y pertinencia técnica de acuerdo a los cambios Sociodemográficos y Epidemiológicos de la Población colombiana.
- Definición de un proceso para solicitud nuevo estudios, periódicos o puntuales para su inclusión en la agenda programática.
- Articulación para la actualización con el Plan Estratégico Nacional de Encuestas liderado por el DANE.

En el censo inicial se identificaron 38 estudios, incluidas las encuestas poblacionales y estudios de carga de enfermedad y temas específicos el cual se depuro de acuerdo a pertinencia y traslapes de información, quedando una agenda definitiva con la cual se creó el Sistema único de estudios poblacionales, con una agenda que incluye la periodicidad de los estudios y los lineamientos para su realización como se observa en la tabla siguiente.

**Tabla 64.**  
**Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud**

Encuesta/Estudio	Última	Periodicidad
Estudio Nacional de Salud Mental - <b>ENSM</b>	2003	Cada 10 años
Encuesta Nacional de Salud - <b>ENS</b>	2007	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar	2013	Cada 10 años
Encuesta Nacional de Salud Bucal IV - <b>ENSAB IV</b>	1998	Cada 10 años
Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos - <b>GATS</b>	2013	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento - <b>SABE</b>	2013	Cada 10 años
Encuesta de Salud Escolar - <b>ENSE</b>	2013	Cada 3 años
Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia - <b>ENSIN INDIGENA</b>	2013	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Consumo de Sodio, Yodo y Flúor	2013	Cada 10 años
Estudio Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares	2008	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Demografía y Salud - <b>ENDS</b>	2010	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia - <b>ENSIN</b>	2010	Cada 5 años
Análisis de la Situación de Salud - <b>ASIS</b>	2012	Anual
Estudio de Carga de Enfermedad	2005	Cada 10 años



Dar continuidad a ésta agenda ha sido un reto Institucional que ha tenido que aunar esfuerzos con las diferentes Instituciones para reconstruir una muestra maestra en salud, que permita una representatividad de la población no sólo Nacional sino también Departamental, Regional, subregional o municipal; además tener los marcos conceptuales definidos, instrumentos y alcances articulados, optimizando los recursos y mejorando la recopilación de la información. Los estudios poblacionales se han ajustado a los estándares y prácticas internacionales para asegurar su calidad, comparabilidad y trazabilidad. Todos los metadatos están disponibles, incluyendo diseño, muestra y cuestionarios, al igual que los microdatos. El establecimiento y fortalecimiento del sistema único de estudios poblacionales se ha adelantado en coordinación con el DANE y otros actores relevantes (incluye diferentes Universidades y Grupos de Investigación del país) para cada uno de los estudios.

Para el año 2013, con corte a 31 de mayo, el seguimiento y apoyo técnico de las investigaciones en el Ministerio ya llega a los 35 estudios incluyendo una serie de estudios poblacionales que se van a desarrollar como se evidencia en la tabla, que cubre diferentes aspectos de la salud del país que requieren ser conocidos tanto en la población general como en grupos vulnerables específicos como la población infantil, los adultos mayores, las mujeres en edad fértil, las personas con discapacidad, las minorías étnicas, entre otros.

Actualmente de la agenda están en curso el ENSAB IV (Estudio Nacional de Salud Bucal) y la Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Escolares; las demás encuestas tienen protocolos establecidos y entrarán a la etapa de pilotaje y trabajo de campo.



## 7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Con la expedición de la Ley 1444 de 2011, el Gobierno del Presidente Santos materializa su propuesta del Buen Gobierno con una decidida apuesta de fortalecer las instituciones, no sólo en lo que compete a cada una de ellas, sino del sector salud en su conjunto.

En numerosos análisis y debates en los últimos años sobre el Sistema de Salud colombiano se ha señalado la debilidad que ha existido en la función rectora del sector. Estudios e investigaciones sobre aspectos de la regulación del sistema, así como sobre la estructura que ha desarrollado el sector desde la formulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, han evidenciado dificultades relacionadas con la capacidad institucional, con las competencias y funciones de las entidades rectoras, con la claridad en el marco normativo, al igual que debilidades sistemáticas en asuntos relacionados con la vigilancia y el control de la ejecución de la norma y con la implementación de las funciones encomendadas a los diferentes agentes.

Para el proceso de rediseño sectorial que emprendió el actual Gobierno, las dimensiones y funciones la rectoría en salud acogidas, siguieron los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Así, el rol rector en salud, comprende cinco grandes dimensiones de responsabilidad y de competencias institucionales cuya incumbencia corresponden a la Autoridad Sanitaria Nacional, a las cuales se adiciona una sexta área relacionada con las funciones esenciales de salud pública; estas son: i) Conducción sectorial: comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud; ii) Regulación: dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud, al igual que la garantía de su cumplimiento; iii) Modulación del Financiamiento: que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud; iv) Vigilancia y Garantía del Aseguramiento: la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto efectivo de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes; v) Armonización de la Provisión: constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficiente; ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

En ese contexto se asumió la tarea de rediseñar las entidades del sector de la protección social, bajo un enfoque de fortalecimiento del modelo de rectoría,



escindiendo el Ministerio de la Protección Social, recuperando para el país el Ministerio de Salud como cabeza del sector, fortaleciendo las funciones de inspección, vigilancia y control sectorial y entregando funciones y responsabilidades distintas a las de salud a otros sectores.

Esta propuesta generó como productos:

- Revivir el Ministerio de Salud, como entidad responsable de liderar y conducir la formulación y evaluación de las políticas públicas en salud y de la regulación de este servicio. Para ello se pone en operación la entidad bajo una estructura soportada en la creación de dos viceministerios, el de Salud Pública y Prestación de Servicios de Salud y el de Protección Social, cada uno con un grupo de direcciones y subdirecciones que permiten el desarrollo de las funciones a su cargo, dentro de las cuales tenemos: para el primero, dependencias dedicadas a: i) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con énfasis en las enfermedades crónicas y las transmisibles, alimentos y bebidas y la salud ambiental; ii) la epidemiología y demografía, como gran denominador para soportar las políticas en salud; iii) los medicamentos y las tecnologías en salud, como determinantes fundamentales para la prestación del servicio; iv) el talento humano sectorial, para la regulación del mismo en el país, tanto en el perfil, su distribución regional como su proyección en el tiempo; v) la regulación de la prestación de servicios, la organización de redes de prestación de servicios y la definición del modelo de atención primaria en salud, así como de la infraestructura hospitalaria. Para el segundo, dependencias dedicadas a: i) diseño e implementación de políticas orientadas a la sostenibilidad financiera sectorial; ii) la operación de la administración del aseguramiento en salud y la regulación del plan de beneficios y del valor de la UPC, función estructural que fue recogida en cabeza del Ministerio con la reciente liquidación de la CRES; y, finalmente, iii) la administración de los recursos del sistema con la creación de una unidad especializada, con autonomía administrativa y financiera, dedicada a programar, distribuir y hacer seguimiento al conjunto de recursos sectoriales: los del sistema general de participaciones y los del Fosyga, los cuales venían siendo administrados de forma dispersa con la anterior estructura del Ministerio, con lo cual se permite hoy la programación y entrega de recursos con probada mejor oportunidad y seguridad.
- La reestructuración del INVIMA, a partir de la implementación de un modelo de gestión de riesgo, que permite pasar de un esquema de inspección, vigilancia y control por medio de registro y verificación, esencialmente de documentos, a una acción con presencia en las regiones, especialmente en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos; así mismo, se le fortalece como laboratorio nacional de referencia para apoyar las funciones de inspección, vigilancia y control en temas de su misión, en el acompañamiento a los organismos de seguridad en la lucha contra el fraude y en la capacidad de



respuesta para que el país acceda a nuevos mercados en materia de medicamentos, alimentos y cosméticos.

- La reestructuración del INS es una demostración de este Gobierno para recuperar la salud pública. A esta entidad se le cambia su naturaleza jurídica de establecimiento público a instituto científico técnico (su régimen jurídico contractual y laboral será el aplicable al sistema de ciencia, tecnología e innovación) y se fortalecen sus funciones para hacer de ella la institución de referencia en materia de vigilancia y protección de la salud pública. Podrá actuar como entidad de investigación en salud pública, hacer vigilancia en salud pública con un enfoque de análisis de riesgo (se va a pasar de contar casos y reaccionar, a estudiar los factores que generan las patologías), producir biológicos para programas de interés en salud pública y ser la cabeza de la red nacional de laboratorios en salud pública. Se implementa la función asignada por la Ley 1438 de 2011, del Observatorio de Salud Pública.
- Con la puesta en operación del Instituto de Estudios y Tecnologías en Salud–IETS, creado por la Ley 1438 de 2011, por primera vez el país tiene una institución para evaluar técnica y científicamente medicamentos, dispositivos, procedimientos y tratamientos en salud, para con ello apoyar la formulación de políticas y la regulación en estas materias y dar un uso racional a los recursos públicos, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que tiene el Invima. Con el IETS, el sector gana al tener elementos técnicos para entender que la salud no es un derecho absoluto, que requiere un análisis de la realidad socioeconómica del país para dar a los colombianos un servicio de salud en condiciones de equidad.
- Se entregaron las funciones y el conjunto de responsabilidades en materia pensional que estaban en el sector de la protección social (nóminas de pensionados, cuotas partes, cobros, procesos judiciales, expedientes pensionales) a los sectores de hacienda y de trabajo y, las entidades creadas para este fin: Foncolpuertos y Cajanal se entregaron a la UGPP y el ISS a Colpensiones.
- Toda la propuesta de fortalecimiento institucional se cierra con el rediseño de la Superintendencia Nacional de Salud, que se encuentra en proceso.

### **7.1 Mejoramiento de la capacidad de gestión del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades del Sector**

Para lograr el fortalecimiento de las funciones de regulación y rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social se modificó la estructura institucional que regula los ajustes a la prima de riesgos y a la actualización del plan de beneficios.

Así, mediante los Decretos 2560 y 2562 de 2012, se suprime la Comisión de Regulación en Salud–CRES, se ordena su liquidación, se modifica la estructura del



Ministerio de Salud y Protección Social, creándose la Dirección de Regulación de beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, y se crea la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud, como instancia de asesoría para el desarrollo de las competencias en las materias arriba señaladas.

En inicio del desarrollo de estas funciones, asumidas por el Ministerio a partir del 11 de diciembre de 2012, se profirió la Resolución 4480 de 27 de diciembre de 2012, “Por la cual se fija la Unidad de pago por capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones”, basando las decisiones contenidas en este acto administrativo, en las recomendaciones de la Comisión Asesora, que delibera acerca de los temas de su competencia acerca de los cuales debe formular las recomendaciones pertinentes.

Actualmente, el Ministerio se encuentra trabajando, en el marco de sus competencias, para la ejecución de todas las funciones listadas de acuerdo con los lineamientos constitucionales, legales y jurisprudenciales y dentro de los términos que los mismos precisan.

En el tema de comunicaciones, se publicaron en página web 508 boletines de prensa. Estos mismos boletines fueron enviados a todas las fuentes periodísticas que cubren el Ministerio de Salud. Así mismo, se realizaron 47 ruedas de prensa, con cubrimiento de todos los medios nacionales y principales medios regionales.

Se reestructuró la página web del Ministerio ([www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)) y se actualizó con la nueva imagen. En total hubo 4.455.092 visitas y 13.554.368 páginas visitadas. Entre las secciones más vistas están noticias, Sispro, prevención y promoción, protección social, atención al ciudadano, normatividad y Plan Decenal de Salud Pública.

En redes sociales se abrió un nuevo canal de Youtube (MinSaludColPrensa) donde se publicaron 76 videos que en total han sido vistos 14.517 veces. En el twitter @MinSaludCol se alcanzaron 33.925 seguidores y se enviaron 3.321 mensajes. Se hizo una nueva página de Facebook y en total hubo 1.034 seguidores y 1.034 mensajes enviados.

Se realizaron 12 estrategias de divulgación, con una inversión en pauta de medios de \$13.353.336.787. Todos los mensajes emitidos fueron evaluados mediante 500 estudios cualitativos y cuantitativos que permiten asegurar que todas las estrategias cumplieron con buenos estándares de efectividad y de alcance y frecuencia. Las estrategias fueron sobre temas como: prevención de cáncer de cuello uterino, cuidados en vacaciones, hábitos saludables, prevención del embarazo adolescente, vacunación contra sarampión, uso del condón, prevención del consumo de tabaco,



dengue, Programa Ampliado de Vacunación, Plan Decenal de Salud Pública, y prevención del uso de pólvora.

Se enviaron 30 boletines especiales “Enlace MinSalud” a una base de datos de 20 mil actores del Sistema de Salud sobre temas como: proyecto de ley “Hacia un nuevo modelo de Salud para los colombianos”, fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), habilitación de IPS, micronutrientes, giro directo, fortalecimiento de las Salas ERA, pólvora, rabia, Atención Primaria en Salud, reglamentación Ley Anti-Trámites, prevención embarazo adolescente, vacunación, talento humano en salud, Plan Decenal de Salud Pública, vacunación contra el cáncer de cuello uterino, clarificación de cuentas del sistema de salud, unificación del POS, Día Mundial de la Salud, procesos de inclusión social, Alcaldes por la Salud, Recomendaciones Temporada Seca.

Para el Programa Presidencia Al Día, que se transmite en 150 emisoras comunitarias, se realizaron 326 notas radiales sobre la gestión desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de Salud Pública, Promoción y Prevención, Protección Social y demás actividades adelantadas por la cartera de salud para beneficio de los colombianos.

Con respecto de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se adoptó la plataforma estratégica, se definió el mapa de procesos, de acuerdo con la nueva estructura y competencia y, se está haciendo el levantamiento de procesos y procedimientos que conlleven a la adopción formal y posteriores procesos de auditorías, internas y externas, a fin de afrontar el proceso de certificación.

## **7.2 SISPRO y Sistemas de Información**

En materia de tecnologías de la información y la comunicación, el MSPS ha desarrollado acciones en dos frentes. El primero, en concordancia con la Ley 1438 de 2011, orientado al desarrollo de proyectos que tienden a la unificación de los sistemas de información del Sector, a través de estrategias de interoperabilidad e integración y, el segundo, a mejorar la eficiencia operativa de los aplicativos actuales.

Frente a la unificación de los sistemas de información, se ha avanzado en la creación del Sistema de Registro Único de Afiliados, el cual vinculará las afiliaciones con los aportes por cotizaciones en el Sistema de Seguridad Social Integral. Esto, con el fin de disponer de información integrada y consistente sobre la situación del ciudadano y disminuir posibles inconsistencias de información que afecten la oportunidad y el acceso a las prestaciones de salud y económicas.



Este Sistema intercambiará información entre las bases de datos Registro Único de Afiliados (RUAF), Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social (PILA). Con este fin se dispone del diseño general de la Base de Datos Única del Estado, la cual integrará la información de afiliados, aportantes y beneficiarios en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y Subsidio Familiar. Igualmente se está realizando el cruce y depuración de datos del Registro Único de Afiliados (RUAF) y de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) y, se crearon y pusieron en operación mecanismos para que el sistema de afiliación en salud del Régimen Contributivo (BDUA) y el sistema de recaudo (PILA) inter-operen, de tal forma que BDUA entrega información a los operadores PILA y ellos sugieren las correcciones a los aportantes (Resolución 610 de 2012 del MSPS).

En forma complementaria el MSPS ha adelantado una estrategia de optimización de la Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social–PILA, a fin de unificar el criterio de aplicación de las reglas para los operadores de información. Como resultado del trabajo conjunto realizado con el Ministerio del Trabajo, la UGPP, la Superintendencia Financiera de Colombia, los Operadores de Información PILA y las Administradoras de Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y Cajas de Compensación, se dispone de la primera versión de un documento de discusión, base para iniciar el proceso de expedición de los ajustes normativos correspondientes.

El MSPS elaboró la propuesta de salud electrónica, la cual incluye los componentes de: registros electrónicos, salud móvil, telesalud, portabilidad de datos, repositorio y biblioteca virtual, e-earning, y sistema de información gerencial, y los elementos transversales que deben ser abordados por cada uno de los componentes, relacionados con: estándares, arquitectura, seguridad, normativa, reserva de información, contenidos, disponibilidad, accesibilidad, habilitación y modelo de prestación de servicios. Actualmente se encuentran en revisión, por parte de las dependencias del Ministerio, los documentos relacionados con arquitectura en salud, revisión de codificadores, de estándares para insumos y dispositivos médicos y de estándares sintácticos y del documento marco para la definición y desarrollo de la telesalud en el país.

En materia de RIPS, el MSPS amplió los controles automatizados a la calidad y consistencia de los datos y continuó con las acciones de asistencia técnica personalizada a las EPS que afilian el 80% de la población tanto en contributivo como en Subsidiado, y a las Direcciones Departamentales de Salud (DDS) que tienen el 80% de participación en la afiliación, para el fortalecimiento de su capacidad de gestión como pagador y como ente rector a nivel territorial. Hoy la base de datos dispone de 1.800 millones de registros validados y cargados entre los años 2001 a 2012, de los cuales aproximadamente 400 millones corresponden al 2012.



Para optimizar el flujo, disponer y unificar la información para el análisis y la toma de decisiones a nivel local, y establecer diversos observatorios definidos en la normatividad vigente, se continúa con la integración a la Bodega de Datos del SISPRO de nuevas fuentes de información, correspondientes a registros de personas con información en salud y características demográficas. A la fecha se dispone de 17 bases de datos, con la integración de 8 nuevas fuentes en el período: SISBEN III (agosto de 2012); Registro de Estadísticas Vitales 2005–2010 del DANE; Datos básicos de la población Red Unidos (diciembre 2012); Registro de Población en situación de desplazamiento; Cuenta de Alto Costo-VIH (CAC-VIH) año 2011; Indicadores de Calidad IPS (Supersalud); Indicadores de calidad EPS (Supersalud); y, SIVIGILA (cara A) 2007-2011 - primer y segundo semestre de 2012.

Esta información, disponible a la ciudadanía a través de los cubos de información y del módulo geográfico del SISPRO, es actualizada en forma periódica y permanente con disposición de información a más de 650 usuarios registrados, con más de 15.000 consultas efectuadas en el mes de mayo. En la actualidad la bodega tiene más de 10.000 millones de datos, lo que la constituye en una fuente invaluable de datos del Sector.

En el mejoramiento de la eficiencia operativa se dio cumplimiento de los requisitos de la estrategia de Gobierno en Línea según lo establecido en el Manual 2.0 y 3.1 y el Decreto 2693 de 2012; en octubre de 2012 se puso en marcha la herramienta del sistema de gestión documental ORFEO; se efectuó la simplificación y automatización de trámites y servicios en línea al ciudadano; se dispuso la herramienta para la participación ciudadana por medios virtuales, utilizada en la construcción colectiva del Plan Decenal de Salud Pública; y se elaboró una propuesta de política de seguridad de la información, la cual se encuentra en revisión.

En seguridad de la información, que debe ser parte de todos los sistemas para garantizar que el manejo de la información se realice enmarcado en los pilares de confidencialidad, integridad y disponibilidad, según lo expuesto en la Norma ISO27001, se avanzó en la adquisición de máquinas HSM que servirán de alojamiento a las llaves criptográficas que serán usadas en procesos de seguridad fuerte para los aplicativos misionales del Ministerio. Esta estrategia incluirá tanto los elementos tecnológicos para la protección de la información, como los procesos y procedimientos que se deben establecer y cumplir para un esquema integral que involucre a todo el Ministerio.

En forma complementaria, se efectuó el diagnóstico de las 84 aplicaciones del Ministerio y las recomendaciones de mejora, que servirá de base para un plan de fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y se inició el fortalecimiento del aplicativo Registro de Talento Humano en Salud–RETHUS.



En cumplimiento del Decreto Ley 019 de 2012, se optimizaron los trámites para la obtención del Certificado de Supervivencia y del Certificado de Escolaridad. El MSPS puso en marcha el aplicativo de Certificado de Supervivencia el 1º de julio de 2012 y diseñó, desarrolló y puso en marcha el de Escolaridad, el 1º de enero de 2013. Así mismo se automatizaron procesos para mejorar la gestión institucional con el diseño, desarrollo y puesta en marcha de aplicativos informáticos orientados al saneamiento de cartera: 1) de las entidades territoriales y las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (Decreto 1080 de 2012); 2) entre pagadores e IPS (Nota externa 211486 de 2013 de Procuraduría Delegada para la Descentralización y las Entidades Territoriales –MSPS); y, 3) de aportes patronales entre IPS públicas y administradoras (Resolución 154 de 2013).

En la formulación de políticas para el Sector, se encuentran en proceso de contratación el plan estratégico de sistemas de información y el mapa de información sectorial, que permitirán orientar las inversiones TIC del Sector. Estos temas se trabajan en forma conjunta con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, como parte de la política nacional en esta materia.

El MSPS garantizó el mantenimiento, mejoramiento y la operación continua de los 17 aplicativos del SISPRO, los cuales generan información periódica y permanente para la toma de decisiones, la gestión institucional, la rendición de cuentas y la participación ciudadana por medios electrónicos. Estos aplicativos son: 1) Estrategia de Gobierno en Línea; 2) Sistema de Gestión de Datos–SGD; 3) Sistema de Registro Único de Afiliados–RUA; 4) Base de Datos Única de Afiliados–BDUA; 5) Planilla Integrada de Liquidación de Aportes–PILA; 6) Cuentas de salud; 7) Registro individual de prestaciones de salud–RIPS; 8) Registro de personas con discapacidad; 9) Sistema de información de precios de medicamentos–SISMED; 10) Cuentas Maestras Entidades Financieras; 11) Giro Directo a IPS; 12) Saneamiento de cartera del régimen subsidiado; 13) Nacimientos y defunciones–ND; 14) Supervivencia; 15) Escolaridad, 16) ORFEO; y, 17) Plataforma de Integración de Sistemas de Información–PISIS.

En esta misma línea de optimización de procesos, se garantizó la infraestructura tecnológica y los equipos para el procesamiento de datos de estos aplicativos mediante la continuidad de la contratación de estos servicios en el Centro de Datos del Estado, y el servicio del Centro de Contacto Ciudadano, que brinda el soporte necesario a las entidades y usuarios responsables de reportar información, a fin de optimizar el uso de estos aplicativos y mejorar los tiempos y calidad de la respuesta.

En la tabla siguiente se muestra la información que se dispone a través de los aplicativos del SISPRO en operación.



**Tabla 65.**  
**Aplicativos del SISPRO**

<b>Sistemas de información</b>	<b>Datos del sistema</b>	<b>Resultados</b>
<b>Gobierno en Línea - GEL</b>	Dispone la información al público para la rendición de cuentas, automatización y simplificación de trámites, infraestructura tecnológica, política cero papel, política de seguridad, participación ciudadana por medios virtuales, en el marco de la estrategia de Buen Gobierno.	13.554.368 visitas al portal web entre junio 1 de 2012 y mayo 31 de 2013. Desarrollo de herramienta para participación ciudadana para la construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Resolución 1841 de 2013. 2 trámites automatizados: Inscripción para el sorteo de plazas del Servicio Social Obligatorio Trámite de afiliaciones colectivas al Sistema de Seguridad Social en Salud. 2 servicios automatizados: Prueba de Supervivencia y Certificado de Escolaridad.
<b>Sistema de Gestión de Datos - SGD</b>	Integra datos de las siguientes fuentes: PILA, RUAF, RIPS, Estudio de suficiencia, PAI-Programa Ampliado de Inmunizaciones, REPS- Registro Especial de prestadores de salud; RLCPD- Registro de personas con discapacidad; RUPD- Registro de población en situación de desplazamiento; SISBEN III; Registro de Estadísticas Vitales (2005-2010)-DANE; Datos básicos de la población Red Unidos; Cuenta de Alto Costo VIH (2011); Indicadores de IPS y EPS del Sistema de Información para la Calidad-SIC; SIVIGILA; Indicadores de Gestión de Hospitales Públicos del Sistema de Gestión Hospitalaria-SIHO.	Series estadísticas y/o estadísticas (último archivo recibido) con actualización periódica y permanente, según fuente. Consulta dinámica desde el Módulo Geográfico de SISPRO y desde Excel permitiendo que el Usuario construya el reporte según sus necesidades de información.
<b>Registro Único de Afiliados a la Protección Social -RUAF</b>	Afiliados a salud, pensiones, pensionados, cesantías, riesgos profesionales, compensación familiar, programas de asistencia social y datos del SISBEN.	Estadísticas mensuales y reporte individual sobre la situación de las personas en los distintos componentes de la seguridad social, con corte al mes anterior.



<b>Sistemas de información</b>	<b>Datos del sistema</b>	<b>Resultados</b>
<b>Base de Datos Única de Afiliados a Salud – BDUA</b>	Afiliados únicos a salud: afiliado, régimen, tipo de afiliado, tipo de cotizante, tipo de población; novedad de ingreso, movilidad entre regímenes y retiro del Sistema de Salud.	Estadísticas semanales con corte al último día de la semana anterior y reportes individuales de la afiliación de la persona en el sistema de salud en la compensación.
<b>Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social– PILA</b>	Cotizantes y aportes a salud, pensiones, riesgos laborales y cajas de compensación familiar.	Estadísticas mensuales, con corte a la fecha.
<b>Cuentas de salud</b>	Módulo con estadísticas de fuentes y gasto en salud en el país.	Estadísticas de fuentes de financiación y medición de gasto en salud en el país: 1993 - 2003, y 95% de datos 2004 – 2011.
<b>Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS</b>	Atenciones de prestaciones de salud por: consultas, procedimientos, urgencias, hospitalización, medicamentos, recién nacidos, usuarios; atenciones reportadas por régimen, por EPS.	Estadísticas con datos validados con corte semestral.
<b>Registro para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad</b>	Registro en línea de las personas con discapacidad, para que desde el nivel municipal se puedan identificar y caracterizar socio demográficamente.	Estadísticas mensuales con datos validados con corte al mes anterior.
<b>Sistema de información de precios de medicamentos–SISMED</b>	Registros de precio de venta de medicamentos, registros de precio de compra de medicamentos, registros de recobro, entidades registradas en el sistema.	Estadísticas con corte al trimestre anterior.
<b>Cuentas maestras – Entidades Financieras</b>	Movimientos de cuentas maestras, consulta de saldos, registro de beneficiarios para el seguimiento al uso de los recursos del régimen subsidiado a nivel territorial.	Estadísticas mensuales, con corte a la fecha.
<b>Giro directo a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud–IPS</b>	Consolidación del Reporte de giro mensual de las EPS a las IPS que facilita el giro directo a las IPS y agiliza el flujo de los recursos de la salud.	Datos mensuales recibidos con un mes de antelación, para el giro de los recursos en los primeros días del mes correspondiente. (En junio se recibe la información para el giro de julio)
<b>Saneamiento de cartera Entidades Territoriales– EPS</b>	Reportes de las deudas reconocidas no pagadas, por fuente de financiación	Estadísticas periódicas con corte a diciembre 31 de 2012.
<b>RUAF–Nacimientos y Defunciones</b>	Registro en línea para los Certificados de Nacido Vivo y Certificado de Defunción por parte de los municipios e IPS del país.	Registro actualizado, fuente de información para las estadísticas vitales del DANE.



Sistemas de información	Datos del sistema	Resultados
<b>Certificado de Supervivencia</b>	Consulta en línea de las entidades de seguridad social que verifican la supervivencia de una persona.	Reporte a la administradora, con información dispuesta al MSPS por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Información actualizada diariamente
<b>Certificado de Escolaridad</b>	Consulta en línea de las EPS que verifican la condición de estudiantes para los beneficiarios de un cotizante, mayores de 18 y menores de 25 años de edad, sin requerir acreditación de la institución educativa.	Reporte a la administradora, con información dispuesta al MSPS por parte del Ministerio de Educación. Información actualizada en forma quincenal.
<b>Sistema de gestión documental-Orfeo</b>	Gestión automatizada de los documentos en el MSPS para un mayor control y seguimiento de los mismos.	Puesta en marcha en el 2012 del sistema de gestión documental: ventanilla única para radicación y salida de documentos.
<b>PISIS</b>	Plataforma tecnológica de Integración de Sistemas de Información	Estadísticas actualizadas a la fecha de municipios, entidades territoriales, entidades financieras, operadores de PILA, EPS, IPS, laboratorios, mayoristas, y cajas de compensación familiar que reportan información a través de PISIS

## 7.3 Gestión de las Entidades Adscritas y Vinculadas

### 7.3.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

La Empresa Social del Estado Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta es una IPS de tercer nivel de complejidad, centro de referencia a nivel nacional de patología cutánea, adscrita al Ministerio de Salud y de la Protección Social. En su objetivo social maneja cuatro ejes fundamentales: la atención especializada en piel, la docencia para formar nuevos dermatólogos, la investigación en materia cutánea, y el apoyo al Gobierno Nacional en lo de competencia.

La Entidad cuenta con las certificaciones ISO 9001, NTCGP 1000, ISO 14001 y en Buenas Prácticas Clínicas; así mismo, es una de las veintiséis (26) entidades hospitalarias en el país que tiene la certificación de Acreditación en Salud, que otorga el Ministerio de la Protección Social a través del ICONTEC. Esa acreditación en salud, desde el año 2009, posee el aval de la International Society for Quality in Health Care (ISQua), lo que la avala como una entidad de clase mundial.



### ***Planeación Estratégica***

Para mantener el volumen de prestación de servicios acorde con la capacidad instalada y la meta de sostenibilidad financiera, la Junta Directiva aprobó el Plan de Gestión “Apertura y Vitalidad Institucional II” 2010–2014, donde contempla, entre otros, el “Maximizar el Servicio Farmacéutico”.

Respecto a los indicadores de gestión de calidad y de servicio del Centro muestran resultados favorables, como la satisfacción del usuario, situándose en el 97,4% con relación a la meta establecida del 96%; el indicador de oportunidad de la cita es complejo y se conforma con el libre juego de la oferta y la demanda de los servicios prestados por el Centro Dermatológico, los cuales están catalogados como no POS, y han ido creciendo en la medida que los pacientes los utilizan sin acudir a las EPS, planes complementarios o medicinas pre-pagadas; así la entidad durante el primer trimestre del año 2013, obtuvo resultados favorables y en la gestión efectiva llegó a 9.4 en días la oportunidad de citas, indicadores que muestran la consolidación del modelo asistencial en beneficio de los usuarios.

Entre las mejoras y logros en los servicios asistenciales durante el año 2012, se tienen los siguientes:

- Servicio domiciliario de medicamentos en una ESE. El Centro Dermatológico cuenta con una farmacia directa, que no solo provee medicamentos y afines a nivel hospitalario sino también ambulatorios. A petición de los usuarios, dentro del sistema integrado de garantía de la calidad, desde febrero de 2012 se presta el servicio a domicilio, luego de proferido el concepto No. 295525 de 2010 del entonces Ministerio de la Protección Social. También mediante el concepto No.364881 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social se hace venta a usuarios de otras IPS que cuentan con la correspondiente fórmula médica.
- Armonización del sistema integrado de garantía de la calidad. El CDFLLA debe interconectar cuatro esferas que componen, en forma institucional, el sistema de garantía de calidad; primera, el sistema de gestión con las certificaciones ISO 9001, MECI y NTC GP 1000; segunda, el sistema obligatorio de garantía de la calidad con habilitación, sistema de información para la calidad, PAMEC y acreditación en salud; tercero, el sistema de gestión ambiental con la certificación ISO 14001 y el entorno ambiental y desarrollo sostenible, y; las buenas prácticas clínicas en investigación (GCP), de no hacerlo se pondría en riesgo la calidad organizacional y el mantenimiento de las certificaciones y acreditaciones.

Los indicadores de gestión y calidad se muestran en los siguientes cuadros:



**Tabla 66.**  
**Indicadores de Gestión de Calidad**  
**Julio 2010- Mayo 2013**

Indicador	Resultado
<b>Evaluación Promedio de la Historia Clínica</b>	90 / Meta 90
<b>Tutelas o Demandas por Fallas en el Servicio</b>	0
<b>Oportunidad de Respuesta a las Manifestaciones del Usuario</b>	7.19 días/ Meta: 7 días

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

**Tabla 67.**  
**Indicadores de Gestión del Proceso de Servicio**  
**Julio 2010- Mayo 2013**

Indicador	Resultado	Meta
<b>Oportunidad de la Cita (días)</b>	9,4	12
<b>Tiempos Promedio de Atención en Cajas (minutos)</b>	7,29	20
<b>Cumplimiento Promedio del Laboratorio (%)</b>	100	100
<b>Satisfacción del Usuario (%)</b>	97,85	96

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

### ***Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión***

De acuerdo con el análisis del estado general del Control Interno Contable del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, la calificación obtenida para la vigencia del año 2012, por el sistema CHIP, fue del (5.0/5.0). Se evidencia que los registros de las transacciones y la información financiera en general son oportunos y confiables.

### ***Relación Docencia Servicio***

Para el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, la docencia es uno de sus objetivos misionales, encargado de la formación continua de profesionales de la salud en dermatología. Para el fortalecimiento de la docencia a través del tiempo, la entidad ha desarrollado una serie de procesos y espacios físicos orientados a la formación académica con calidad, motivo por el cual obtuvo el reconocimiento como campo de práctica docente por la comisión intersectorial del talento humano en salud, lo que permitió consolidar siete convenios interinstitucionales con: Universidad Nacional de Colombia; Universidad Militar Nueva Granada; CES de Medellín; Universidad del Rosario; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; Colegio Mayor de Cundinamarca; y, la Fundación Universitaria Sanitas.



Dentro del marco del sistema de garantía de la calidad y como objetivo primordial del direccionamiento estratégico, la entidad recibió la visita de acreditación en salud, por parte de ICONTEC, durante los días 28, 29 y 30 de mayo de 2013.

### ***Sistemas de atención al ciudadano***

Para garantizar el servicio, la entidad cuenta con la asociación de usuarios y esta se conforma con la vinculación voluntaria de personas que utilizan los servicios del Centro Dermatológico; a su vez, dos miembros de la asociación hacen parte de la Junta Directiva en representación de la comunidad. Dos asisten con voz y voto al Comité SIAU, donde se evalúa una vez al mes el servicio mediante las manifestaciones (PQR y felicitaciones) que registran los usuarios. A su vez, un miembro de la asociación de usuarios es integrante del comité de ética en investigación.

Mediante el programa ESCRITO EN LA PIEL, que emite el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta los domingos en el Canal Uno, a las 12:30 p.m., el cual tiene como objetivo la educación de los colombianos en temas de salud cutánea, humanización y seguridad del paciente, logrando una mayor afluencia de pacientes y personas interesadas en el cuidado de su piel. De igual manera, ha contribuido al fortalecimiento de la imagen institucional consolidándolo como un ente científico responsable, confiable y comprometido con la salud cutánea de los colombianos. El magazín televisivo está orientado a la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades cutáneas, el cual tuvo un rating de 2,8 millones de personas durante la emisión del año 2012.

Por otra parte, se dio continuidad a los foros comunitarios en la página web, con temas relacionados como el programa Escrito en la Piel, la Rendición de Cuentas, con el fin de generar participación ciudadanía.

Las investigaciones que se realizan al interior de la entidad también han sido puestas en conocimiento del público a través de Escrito en La Piel. El programa ha facilitado la divulgación de estudios realizados en enfermedades como Leishmaniasis y Hansen y otros avances científicos, en los cuales la entidad es pionera, logrando un gran impacto social.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta adelantaron el curso de Dermatología Sanitaria, con énfasis en Lepra, Leishmaniasis y Cáncer de piel, dirigido a profesionales de la salud, como médicos, bacteriólogos y enfermeros, para estudiantes de último año de medicina, que se desarrolló en Bogotá, Cartagena, Santa Marta y Pasto, con una asistencia total de 865 de personas, entre estudiantes y profesores. El curso cuenta con dos componentes uno virtual (web) y otro presencial. El primero se lleva a cabo a través de la plataforma web de una Universidad y el segundo se podrá realizar en cualquiera de



los sitios establecidos dentro del territorio nacional y entre ambas actividades se certificarán 52 horas de capacitación.

### ***Investigación, ciencia y tecnología en el sector***

La entidad, cuenta con dos grupos de investigación reconocidos por Colciencias Dermatología General y Dermatología Tropical y clasificados en categoría C y D respectivamente y cuyo impacto social en la última medición alcanzó un 100% sobre una meta del 80%. En noviembre de 2012 Colciencias ratificó el reconocimiento de los grupos que tiene el Centro Dermatológico.

En el desarrollo de la investigación se cuenta con 17 proyectos en fase de ejecución, un proyecto de convocatoria externa con la con la FUCS e Instituto Nacional de Salud para la realización de Guías de Atención Integral para Cáncer de Piel, conformadas por Guía de Práctica Clínica, Guía para pacientes y Evaluaciones económicas, actualmente en ejecución. Se presentaron 4 anteproyectos ante el comité científico y se aprobó uno que está en fase de elaboración del proyecto. Entre las estrategias para fortalecer la investigación institucional están la formación de nuevos investigadores y la difusión del conocimiento. Hasta el primer trimestre del 2013 se cuenta con 6 profesionales en formación en investigación y una publicación en revistas indexadas. Actualmente un proyecto del grupo de Dermatología Tropical en la línea de LEISHMANIASIS tiene cofinanciación por parte de Colciencias y sigue en ejecución permitiendo la renovación de equipos que facilitan el crecimiento estructural del área de investigación.

### **7.3.2 Instituto Nacional de Cancerología**

#### ***Direccionamiento estratégico***

El avance más importante en este componente lo constituye la aprobación del Plan de Desarrollo Institucional 2012–2014, acto consignado en el Acuerdo No.007 del 27 de septiembre de 2012. El plan se basó en la creación de valor público, entendido este como la generación de impacto en el control del cáncer en el país, la prestación de servicios asistenciales y educativos de elevado valor para la sociedad y el desarrollo administrativo eficiente y transparente.

El Plan de Desarrollo Institucional se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social y el Plan Decenal para el Control del Cáncer.

El segundo avance importante en el componente estratégico es la redefinición de políticas institucionales, particularmente las de calidad, talento humano y gestión de la tecnología. La política de calidad tiene una nueva expresión dirigida al logro de



resultados, para lo que se utilizan marcos de referencia en la acreditación y la certificación, pero no se limita a ellos.

La política de talento humano propone seis líneas de trabajo y está orientada al desarrollo laboral y el desarrollo personal de los trabajadores del instituto; en el año 2012 se consolidaron procesos en la planificación del talento humano mediante el desarrollo de formas de vinculación y remuneración alternativas, en la capacitación mediante la implementación de proyectos de aprendizaje y en el desarrollo personal mediante el mejoramiento de planes de bienestar.

La política de gestión de tecnología se revisó acompañándola con una visión más amplia del quehacer institucional no limitado a la prestación de servicios. Las rutas propuestas se han puesto en operación con varios ejercicios de vigilancia y evaluación tecnológica, los que han apoyado la toma de decisiones alrededor de la adquisición de nueva tecnología.

### ***Cuidado del paciente oncológico***

El gran número de pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología cada año, han motivado la preocupación de crear un nuevo modelo de atención para nuestros pacientes, que no sólo aplique al Hospital sino que pueda replicarse en otros centros oncológicos del país.

Esto no sólo implica brindar los mejores estándares de atención médica al paciente oncológico, sino trabajar en la implementación de nuevas tecnologías para el tratamiento del cáncer (ejemplo, cirugía mínimamente invasiva, actualización de técnicas en radioterapia, nuevos medicamentos); sino además se está en la obligación de convertir la experiencia clínica en proyectos de investigación y programas de docencia que sin duda impactan de manera positiva en la atención del paciente oncológico en el país.

**Tabla 68.**  
**Indicadores de Resultado, INC. 2012 - 2013**

DESCRIPCIÓN	MÁXIMO ACEPTABLE	UNIDAD DE MEDIDA	2011	2012	2013
			TOTAL	TOTAL	DICIEMBRE
<b>Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada medicina interna</b>	30 DIAS	Días	5,2	4,46	7,44
<b>Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada Ginecología</b>	15 DIAS	Días	8,5	4,48	8,26
<b>Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada Pediatría</b>	5 DIAS	Días	2,1	1,97	7,56



DESCRIPCIÓN	MÁXIMO ACEPTABLE	UNIDAD DE MEDIDA	2011	2012	2013
			TOTAL	TOTAL	DICIEMBRE
<b>Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada Cirugía General</b>	20 DIAS	Días	5,8	3,38	6,56
<b>Proporción de cancelación de cirugía programada</b>	12%	%	5,8	5,06	5,68
<b>Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias</b>	30	Minutos	42,6	38,82	45,5
<b>Oportunidad en la Atención en servicios de Imagenología.</b>	10	Días	0,7	0,58	1,72
<b>Oportunidad en la realización de cirugía programada</b>	15	Días	20,6	14,69	18,14

**Fuente:** Sistema de información SAP, Circular 030 y 056

Durante el año 2012 se tuvo una importante mejoría en los procesos para puntos críticos de la atención hospitalaria:

- Toma de muestras en laboratorio clínico: En conjunto con el grupo de organización y métodos de la Oficina de Planeación, se desarrolló un nuevo proceso para la facturación y toma de muestras, reduciendo el tiempo de espera en promedio de 3 horas a 45 minutos. Esto se acompañó de una reorganización de las áreas por la cual ya no se tiene una aglomeración permanente de pacientes.
- Admisión Hospitalaria. Se modificó el proceso haciendo que el paciente sea valorado por la especialidad correspondiente el mismo día de la apertura de la historia clínica, mejorando de esta forma la oportunidad en el inicio de la atención institucional.
- Atención en post-consulta: Atención farmacéutica. Para los servicios de oncología clínica, hematología y pediatría oncológica se implementó de consulta con el químico farmacéutico, lo que permite mejorar la seguridad en el proceso de formulación, reducir los trámites ante los aseguradores e iniciar la educación al paciente en relación específica con los medicamentos quimioterápicos.
- Atención por enfermería. Una vez atendido por el químico farmacéutico, los pacientes son recibidos por la enfermera oncóloga quien complementa el proceso de formulación en relación con los insumos necesarios y la educación para la preparación del paciente. Su intervención permite igualmente agilizar los trámites administrativos y mejorar las condiciones del paciente para recibir la quimioterapia.
- Mejoría en proceso administrativos: Adicional a la atención en post-consulta, se reorganizaron las actividades para la asignación de citas y la facturación reduciendo de manera significativa los tiempos de espera y mejorando la disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención.



## ***Docencia y Formación***

En cuanto al área de Formación y Práctica, El INC inició formalmente el programa de Cirugía de Seno y Tejidos Blandos en convenio con la FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), programa del que se obtuvo registro calificado en el año 2012.

Actualmente se están manejando 36 convenios Docencia-Servicio y 4 convenios Práctica, en los que rotaron en promedio 410 estudiantes en el periodo comprendido entre enero-mayo de 2013. Estos convenios permitieron recibir estudiantes de pregrado, postgrado, especialistas en entrenamiento, entre otros.

En relación a los cursos virtuales, se continúan realizando acciones en pro de la implementación de estos, por el momento se realizan de forma presencial y van dirigidos a la enseñanza de técnicas de inspección visual para tamización del cáncer de cuello uterino y la toma adecuada de la citología.

## ***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.

### ***Vigilancia Epidemiológica del Cáncer***

El Ministerio de Trabajo y el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., mediante contrato interadministrativo 241 de 2012, están consolidando el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Cáncer Ocupacional (SIVECAO), cuya prueba piloto se realizará en tres ciudades, Barranquilla, Bucaramanga y Cali como áreas demostrativas, con la sensibilización a los diferentes actores en el tema de cáncer ocupacional y sobre la información que se debe registrar en el SIVECAO.

El SIVECAO contempla dos módulos: la vigilancia de la exposición (ambientes de trabajo y trabajadores expuestos) y la vigilancia de los eventos en salud (cáncer de posible origen ocupacional y algunas otras patologías relacionadas con los agentes carcinógenos de interés). Este sistema es eminentemente preventivo, en el cual se busca analizar la información para la acción, con la identificación de prioridades para mejorar las condiciones de trabajo por exposición a agentes carcinógenos presentes en los ambientes laborales.



Además se realizó la construcción de Carex Colombia (Sistema Internacional de Información sobre la Exposición Ocupacional a Agentes Carcinógenos), cuyos objetivos son determinar el número de personas expuestas en su lugar de trabajo a agentes carcinógenos, la distribución de dichos agentes y el nivel de exposición, con la participación de Ministerio de Salud y Protección Social, Administradoras de Riesgos Laborales, Juntas de Calificación de Invalidez, Líderes de Salud Ocupacional, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, IPS en Salud Ocupacional, Sociedades Científicas, Comisiones Nacionales de Salud Ocupacional Construcción Asbestos y Minería, Agremiaciones de empleadores.

### ***Vigilancia de medios de comunicación, políticas públicas, legislación del cáncer y sus factores de Riesgo***

- Mensualmente se realiza publicación y distribución electrónica del Boletín del Sistema de Vigilancia de Políticas y Legislación relacionada con el Control del Cáncer en Colombia.
- Generación de alertas con temas coyunturales relacionadas con políticas y legislación que se relacionan con las actividades del Instituto Nacional de Cancerología.
- Seguimiento detallado y generación de análisis político sobre los Proyectos de Reforma a la Salud que cursan en el Congreso de la República.
- Contratación de un sistema de “clipping de medios” encargado de monitorear prensa, radio, televisión e internet para conocer las informaciones relacionadas con el cáncer y sus factores de riesgo en los respectivos medios.
- Generación de boletines electrónicos mensuales de análisis de la información publicada en medios.
- Pruebas piloto de la plataforma para la sistematización de la información relacionada con el cáncer y sus factores de riesgo

### ***En comunicación pública para el control del cáncer:***

- Se realizó la publicación de una separata de circulación nacional con EL TIEMPO sobre Cáncer Ocupacional. Circulación: 120.000 ejemplares
- Se realizó la contratación para la realización de una encuesta para conocer la opinión pública, sobre el consumo de cigarrillo y la legislación vigente en Colombia respecto al tabaquismo.
- Se fortaleció la presencia en redes sociales con la contratación de un *social media manager*, encargado específicamente de los componentes digitales a cargo del Grupo de Políticas y Movilización Social. Se obtuvieron logros como el aumento del tráfico y los niveles de interacción en las redes Facebook y Twitter, así como el incremento de publicaciones en Blogger.



- Se fortalecieron las alianzas estratégicas con actores sociales claves en los asuntos relacionados con redes que promueven hábitos de vida saludable: Red Papaz, Red sin Trabas Distrital y RedCups.

### ***En detección temprana:***

- En relación con la tamización para cáncer de cuello uterino mediante técnicas de inspección visual, se incluyeron en este periodo 686 mujeres en regiones apartadas de Colombia con alta mortalidad por cáncer de cuello uterino y se incluyó el departamento de Meta para el inicio de acciones de capacitación y entrenamiento en el segundo semestre del año.
- En cuanto a tamización para cáncer de cuello uterino mediante pruebas de ADN de VPH con corte acumulado a mayo de 2013, se han reclutado 9.000 mujeres en dos municipios de Cundinamarca y uno de Boyacá; a las mujeres 550 mujeres tamizadas positivas con estas pruebas de ADN de VPH adicionalmente se les han realizado 5 pruebas como estrategia de clasificación diagnóstica. Paralelamente, y con el fin de realizar una adecuada comparación entre esta prueba de tamización y la citología convencional de cuello uterino, se incluyeron 9.000 mujeres en otros tres municipios de Cundinamarca y Boyacá.
- Por otra parte, se dio inicio al estudio multicéntrico de tamización para cáncer de cuello uterino y triage con pruebas de detección de VPH (ESTAMPA) en el municipio de Soacha (Cundinamarca), en el cual se han reclutado con corte a mayo 1158 mujeres.
- Conjuntamente entre el Ministerio de Salud (Subdirección de enfermedades transmisibles) y el Instituto Nacional de Cancerología se inició la implementación del Programa de Monitoreo del esquema de vacunación con vacuna tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano en Colombia en dos áreas demostrativas del país.
- Se llevó a cabo un acuerdo para la suscripción de un convenio interadministrativo con el Ministerio de Salud, el cual contempla acciones para el control del riesgo, prevención y detección temprana del cáncer (mama, cuello uterino, próstata y colon y recto) y atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer.
- Se realizaron visitas de verificación de condiciones técnico científicas de habilitación de servicios de oncología (Ley 1438 de 2011 art. 58 y Decreto Ley 019 de 2012 art. 118) a 65 servicios oncológicos en 17 Instituciones prestadoras de servicios de salud en 7 departamentos del país. Lo anterior en el marco del convenio interadministrativo 408 de 2012 que finalizó el 30 de Mayo de 2013. E l desarrollo de un nuevo convenio para continuar con las visitas de verificación durante la vigencia 2013, se encuentra en fase de estudio.



- Se asesoró y apoyó al Ministerio de Salud en la revisión y reformulación de los aspectos técnicos relacionados a los estándares y criterios de habilitación con alcance a servicios de oncología (reforma a la Resolución 1043 de 2006) que llevaron a la promulgación de la Resolución 1441 del 11 de Mayo 2013.
- Se suscribirá convenio marco con el Ministerio de Salud, el cual tendrá como vigencia 2013-2014, dentro del cual se realizará la caracterización de la oferta de los servicios de oncología pediátrica en el país, el cual permitirá generar la línea la base para la implementación de las unidades integrales de cáncer infantil en el país (Plan decenal para el control del cáncer y Ley 1388/2010).
- Se llevó a cabo la participación activa en la formulación y publicación del Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021 en sus diferentes líneas estratégicas priorizadas.

### ***En Investigaciones:***

La investigación en el INC es realizada dentro de ocho líneas de investigación que se definieron en 2007 con una metodología de priorización y consulta a distintos actores entre ellos expertos nacionales e internacionales en investigación en cáncer. El proceso de investigación en el INC cuenta con un modelo de monitoría de calidad que nos permite hacer un seguimiento estrecho a los distintos proyectos institucionales y así asegurar el cumplimiento de buenas prácticas clínicas en investigación.

Una de las funciones importantes del INC también es contribuir a la investigación en cáncer a nivel nacional, para lo cual el INC está articulado con otras instituciones, conformando la Red Nacional de Investigación en cáncer.

Se iniciaron 5 proyectos nuevos de investigación en el macroproyecto Mejoramiento de la Investigación en el Instituto Nacional de Cancerología, para aumentar el conocimiento sobre el comportamiento biológico y epidemiológico de la enfermedad y para la búsqueda de intervenciones costo-efectivas sobre la morbimortalidad por cáncer en Colombia.

Los avances en investigación en el 2012 fueron:

- Se participó, a través de la convocatoria 576 de 2012, con el “Programa Integral de investigación en Leucemia Aguda y Crónica (PILAC)” que recibió la aprobación por Colciencias por \$2.605.078.898. Este se constituye en el primer programa de investigación en cáncer en el país que cuenta con múltiples alianzas estratégicas tanto nacionales como internacionales y que trabajará específicamente en cuatro componentes: sistema de información, investigación en diagnóstico, investigación en tratamiento e investigación en pronóstico de leucemias agudas y crónicas. PILAC permitirá así mismo desarrollar actividades de educación continua para homologar el diagnóstico de las leucemias en el país.



- El Instituto fue incluido en tres importantes redes internacionales de investigación en cáncer (South Western Oncology Group, Red de Investigación del Cáncer de Estados Unidos y América Latina y Red de Institutos Nacionales de Cáncer), lo cual se constituye en un reconocimiento de la capacidad investigativa y se espera permita potencializar el conocimiento generado por el país.
- Reconocimiento del INC como centro de investigación ante Colciencias.
- La Revista Colombiana de Cancerología fue indexada en Scopus (es una base de datos bibliográfica de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas el cual cubre aproximadamente 18.000 títulos y más de 5000 editores internacionales)
- El BNTTF (Banco Nacional de Tumores Terry Fox) fue nombrado nodo regional para entrenamiento de los Biobancos en Formación en Centro América y el Caribe.

### 7.3.3 Sanatorio de Contratación

En cumplimiento de su objeto social, la entidad presta servicios de salud de baja complejidad a los enfermos de lepra u población en general.

#### ***Programa Hansen (Lepra)***

En el segundo semestre de 2012 el Sanatorio de Contratación ESE, ejecutó un convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social con el objeto de aunar esfuerzos para asistir técnicamente y hacer acompañamiento en la gestión del programa de prevención y control de la enfermedad de Hansen a todos los actores SGSSS y acompañar el estudio de contactos y convivientes de pacientes en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Magdalena, Cesar y Boyacá; identificando quince (15) casos nuevos de lepra.

En el periodo 2012–2013 se diagnosticaron seis (6) nuevos casos de lepra; se asignaron cuarenta y siete (47) subsidios de tratamiento de lepra.

#### ***Prestación de servicios de salud de primer nivel***

Durante las vigencias 2012 y lo corrido del 2013, se han prestado servicios de primer nivel a la población en general afiliada a EPS y ARS con presencia en el municipio de Contratación así:

**Tabla 69.**

**Relación de Prestación de Servicios**

SERVICIOS	USUARIOS	TOTAL
CONSULTA AMBULATORIA	OTROS	7.354



SERVICIOS	USUARIOS	TOTAL
	HANSEN	575
	<b>TOTAL.</b>	<b>7.929</b>
CONSULTA DE URGENCIAS	OTROS	1.394
	HANSEN	55
	<b>TOTAL.</b>	<b>1.449</b>
CONSULTA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA		70
CONSULTA ESPECIALIZADA OPTOMETRÍA		104
	<b>TOTAL.</b>	<b>174</b>
CONSULTA ESPECIALIZADA MEDICINA INTERNA	OTROS	19
	HANSEN	83
	<b>TOTAL.</b>	<b>102</b>
OBSERVACIÓN URGENCIAS	OBSER URGEN	233
HOSPITALIZACIÓN PACIENTES	OTROS	359
	HANSEN	54
	<b>TOTAL.</b>	<b>413</b>
DÍAS ESTANCIA	OTROS	1.166
	HANSEN	239
	<b>TOTAL.</b>	<b>1.405</b>
PARTOS		6
ODONTOLOGÍA PROCEDIMIENTOS	OTROS	4.245
	HANSEN	121
	<b>TOTAL.</b>	<b>4.723</b>
ODONTOLOGÍA No. PACIENTES	OTROS	2.171
	HANSEN	90
	<b>TOTAL.</b>	<b>2.261</b>
RADIOLOGÍA N° IMÁGENES	OTROS	603
	HANSEN	52
	<b>TOTAL.</b>	<b>655</b>
RADIOLOGÍA No. PACIENTES	OTROS	608
	HANSEN	54
	<b>TOTAL.</b>	<b>662</b>
LABORATORIO N° EXÁMENES	OTROS	9.570
	HANSEN	819
	<b>TOTAL.</b>	<b>10.389</b>
LABORATORIO No. PACIENTES	OTROS	2.812
	HANSEN	291
	<b>TOTAL.</b>	<b>3.103</b>
ELECTROCARDIOGRAMA	OTROS	326
	HANSEN	16
	<b>TOTAL.</b>	<b>342</b>
CITOLOGÍAS		288
NEBULIZACIONES	OTROS	1.494
	HANSEN	614
	<b>TOTAL.</b>	<b>2.108</b>
NEBULIZACIÓN N° PACIENTES	OTROS	163
	HANSEN	43
	<b>TOTAL.</b>	<b>206</b>
TERAPIA RESPIRATORIA	OTROS	16
	HANSEN	6
	<b>TOTAL.</b>	<b>22</b>
TERAPIA RESPIRATORIA No. PACIENTES	OTROS	5
	HANSEN	2
	<b>TOTAL.</b>	<b>5</b>
TERAPIA FÍSICA	OTROS	1.639
	HANSEN	6.769
	<b>TOTAL.</b>	<b>8.408</b>
N° PACIENTES TERAPIA FÍSICA	OTROS	201
	HANSEN	223
	<b>TOTAL.</b>	<b>424</b>
SERVICIO AMBULANCIA	URG. OTROS	209
	URG. HANSEN	29
	<b>TOTAL.</b>	<b>269</b>



SERVICIOS	USUARIOS	TOTAL
REMISIONES URGENCIAS	URG. OTROS	209
	URG. HANSEN	29
	<b>TOTAL.</b>	<b>269</b>
URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS	<b>URGENCIAS</b>	<b>254</b>

**Fuente:** Sanatorio de Contratación

En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello, se presta el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a setenta y un (71) enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad.

### **Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión**

#### **Mejoramiento de la calidad del Talento Humano**

Durante las vigencias 2012–2013, 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:

**Tabla 70.**  
**Capacitación a Funcionarios**

TEMA	CAPACITACIONES SEGUNDO SEMESTRE 2012		
	Horas	No. de Asistentes	% de Asistentes
PROTOCOLO EN TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	2	21	72.5%
MEDICINA INTERNA Y DIABETES, MANEJO DE ULCERAS NEUROPATICAS, VENOSAS, ARTERIALES, MIXTAS Y PIE DIABETICO	8	38	88.4%
TOMA CORRECTA DE LA CITOLOGIA CERVICO-UTERINA	1	26	83.9%
URGENCIAS PEDIATRICAS	8	33	84.6%
TRABAJO EN EQUIPO Y RELACIONES INTERPERSONALES	2	74	63.24%
ADMINISTRACION EFECTIVA DEL TIEMPO	2	91	77.7%

TEMA	CAPACITACIONES PRIMER TRIEMESTRE 2013		
	Horas	No. de Asistentes	% de Asistentes
EVALUACION DE DESEMPEÑO LABORAL	2	37	84.0%
REINDUCCION EN LA ENFERMEDAD DE HANSEN	7	38	90%

**Fuente:** Sanatorio de Contratación

### **Sistemas de atención al ciudadano**

El sistema de información y atención al usuario de la entidad durante la vigencia 2012–2013, reportó en el indicador de satisfacción al usuario un 95,45%; además el 100% de las quejas resueltas y un tiempo de respuesta de quejas y reclamos de 6.35 días.



### 7.3.4 Sanatorio de Agua de Dios

El Sanatorio de Agua de Dios es una Empresa Social del Estado adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, descentralizada del orden Nacional, de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

En cumplimiento al artículo 255 de la Ley 1450 de 2011, presentó el Proyecto denominado estudio Técnico para la creación de cargos públicos en la planta de personal del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E.; lo anterior se evidencia así:

- A. Gestión del proyecto para la modernización de la infraestructura hospitalaria y administrativa.
- B. Gestión del proyecto para la modernización de los sistemas de información asistenciales y administrativos.
- C. Implementación gradual del Sistema Único de Acreditación en Salud, acorde a las exigencias de la Resolución 123 del 26 de enero de 2012.

#### ***Sistema Único de Habilitación***

En marzo de 2013, la Secretaria de Salud de Cundinamarca–Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud–Vigilancia y Control, efectuó visita de evaluación de las condiciones habilitantes de la Entidad, sin hallazgos con resultados positivos para la Entidad, en cumplimiento del **Sistema Único de Habilitación**.

#### ***Planes de gestión***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., es una Institución que cumple de acuerdo a los lineamientos del orden Nacional y del Sector, Procedimientos reflejado en el Plan de Desarrollo, Plan de Gestión, Plan Estratégico, POAS, Planes de Mejoramiento.

#### ***Estrategia de Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E, ha venido realizando convenios con la Secretaría de Salud Departamental en el marco del modelo de gestión de Atención Primaria Resolutiva, lo que le ha permitido integrarse a la red de servicios (Sub red Sur) correspondiente a la Provincia del Alto Magdalena.

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

En el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., en el 2012, se desarrolló una autoevaluación utilizando las herramientas proporcionadas por el sistema, como es: **Hoja radar** la cual **tuvo como calificación grupo de estándares asistenciales más grupos de estándares de apoyo**: A partir de lo cual se generó el PAMEC cuarta versión con criterios de Acreditación.



### ***Fortalecimiento de la prestación del servicio orientado al usuario.***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. ha fortalecido los procesos de atención en salud al usuario, con enfoque de:

- A. Política de humanización de la atención en salud
- B. Política de seguridad del paciente
- C. Política de gestión de tecnología
- D. Política de responsabilidad social empresarial
- E. Manual de deberes y derechos del paciente
- F. Socialización, sensibilización, orientación y educación al paciente, su familia y el usuario en los deberes y derechos

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

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., de acuerdo al Decreto 2193 de 1993 dio cumplimiento a los Indicadores de calidad.

### ***Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad***

- A. Sistema Único de Habilitación–Sin hallazgo. Marzo 2013
- B. PAMEC–Cuarta Versión formulado con criterios de Acreditación.
- C. Sistema Único de Acreditación en proceso de implementación
- D. Sistema de Información para la Calidad–en fase de sistematización

### ***Guías de atención***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. cuenta con guías y/o protocolos acorde a las primeras causas de atención en cada uno de los 32 servicios de salud habilitados.

### ***Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., cumple con la infraestructura básica y tecnológica acorde a su nivel de atención y se encuentra en curso el proyecto denominado Adecuación mayor a la Estructura y la Cubierta y Reconstrucción de la Unidad de Consulta Externa del Hospital Clínica Herrera Restrepo del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E, en el municipio de Agua de Dios, para ampliar servicios de segundo nivel.

### ***Política farmacéutica***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., cumple con la política farmacéutica, la cual fue evaluada en visita de inspección de fecha 25 de abril de 2013, cumpliendo con todos los criterios.



## ***Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y trasplante de componentes Anatómicos***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. tiene inscrito, habilitado y certificado el servicio de farmacia. Cuenta con el talento humano idóneo, pertinente y eficiente.

### ***Mejoramiento de la capacidad de gestión***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., como responsable de la atención integral del paciente Hanseniano, viene desarrollando convenios con el Ministerio de Salud y Protección Social, la OPS, Entidades Territoriales (Gobernaciones de Cundinamarca, Huila y Norte de Santander) y Universidades (Nacional, La Sabana, Cundinamarca, Sanitas), lo que ha permitido mejorar la capacidad en Docencia, Investigación y Capacitación en los temas relacionados a Lepra y Tuberculosis.

### ***Sistemas de información***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., a través del Proyecto TIC código BPIN **2011011000142**, aprobado en su primera fase. Para la vigencia 2013 fue asignado para ejecutar un anticipo de \$1.000 millones donde se definieron prioridades en el desarrollo de las diferentes actividades a ejecutar. Lo anterior después de cumplir con actualizaciones específicas y Cadena de Valor para vigencias futuras.

### ***Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión***

El Sanatorio de Agua de Dios ESE, dentro de la implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión, ha desarrollado estrategias de fortalecimiento que implican la mejora continua de los procesos, desde revisión y actualización de la política, evaluación y planificación de las actividades, implementación del desarrollo de estrategias administrativas de fortalecimiento y la auditoria, medición y control de los mismos. Las estrategias desarrolladas son:

**Sistemas de Control Interno SCI:** Cumplimiento Ley 87 de 1993 y MECI 1000:2005. La Entidad continuó con la operativización del Modelo Estándar de Control Interno-MECI. La encuesta MECI dio como resultado 99.83%, para un desarrollo óptimo. La evaluación del sistema de Control Interno Contable, resultó 4.93, adecuado.

**Sistemas de Desarrollo Administrativo:** Cumplimiento Ley 489 de 1998. Implementación del programa “Una Oficina Segura, Ordenada y Limpia”, metodología de las 5 S. La Entidad en asocio con POSITIVA Administradora de Riesgos Laborales, revisó de la política de riesgo laboral, con la consecución del mapa de Riesgo; se determinaron los factores de riesgo, las acciones de mitigación y/o erradicación y la implementación de acciones de mejora. Se desarrolló un agresivo programa de acompañamiento laboral a los empleados, en capacitación, salud etc. Se revisaron procedimientos y soportes administrativos orientados a fortalecer la participación



ciudadana en el proceso de toma de decisiones, fiscalización y óptimo funcionamiento de los servicios. En aspecto ambiental se desarrolló la política, se implementó el plan de Gestión Ambiental, Grupo Gestión Ambiental y Sanitaria-Gagas.

**Sistema de Gestión de Calidad-SGC:** Aplica el SOGC para la atención en salud. La Alta Dirección está comprometida con el proceso “Mejoramiento Continuo de la Calidad”. En el año 2012 se tomó la determinación de implementar el Sistema Único de Acreditación y contratar un profesional especializado con amplia experiencia en el tema y llevar a cabo el proceso de asesoría. En octubre de 2012 se dio inicio al proceso con 9 coordinadores y 56 líderes de procesos asistenciales y administrativos.

El enfoque ha sido la política de seguridad del paciente, generando cultura de control y prevención de riesgos y seguimiento permanente al 100% de los eventos adversos; humanización de la atención, gestión de tecnología y gestión de los riesgos; la participación social ha fortalecido el liderazgo comunitario, la articulación de los hallazgos de control social realizados por la comunidad usuaria a través de la asociación de usuarios, proponiendo acciones de mejora.

La Entidad presentó postulación al premio Departamental de Cundinamarca, al Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud 2013, como una estrategia de autoevaluación con miras a presentarse a finales del año 2014 ante el ICONTEC, para el proceso de evaluación de Acreditación en Salud.

### ***Sistemas de atención al ciudadano***

Se realizaron todos los meses las encuestas de satisfacción de los usuarios con un resultado de satisfacción a mayo del 93%, el cual se ha mantenido con respecto a los dos años anteriores.

**Tabla 71. Sistema de Atención al usuario**

Año	2010		2011		2012		2013	
<b>Número de Usuarios Satisfechos:</b>	3.371	<b>91%</b>	3324	<b>93%</b>	4.809	<b>93%</b>	1850	<b>93%</b>
<b>Numero Usuarios Insatisfechos:</b>	9		238		335		133	

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

### ***Cooperación y Relaciones internacionales***

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. fue becado por la Orden de San Lázaro de Valencia, España, para asistir al Encuentro de Lepra en el Sanatorio de FONTILLES lográndose cartas de intención para la firma de un convenio de cooperación internacional en el ámbito de Investigación y Formación en Lepra. De igual se recibió la visita de la ONG MORHAN de Brasil con participación del Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, y la DWAN para la iniciativa de defensa de los Derechos Humanos del paciente Hanseniano.



### **7.3.5 CAPRECOM**

#### **Fortalecimiento Institucional**

##### ***Servicios en línea WEB***

Se habilitaron espacios de participación ciudadana tales como: blog y chat en línea, lo que permitió mejorar el proceso de PQR y que el usuario reciba información de la entidad por medio de suscripción a boletines electrónicos y recibir copia de su PQR en el correo electrónico personal.

A la fecha se está ajustando el portal web conforme a los lineamientos de Gobierno en Línea en cuanto a acceso multicanal, información en línea e interacción en línea, mejorando así la experiencia del usuario en el portal web.

##### ***Sistemas de Información***

Se implantó el sistema de información de gestión de incidentes Aranda Help Desk, para administrar los servicios de soporte técnico (actualizaciones, consultas, etc.), con el fin de optimizar el proceso de atención de usuarios, incrementar la productividad y aumentar la satisfacción de los usuarios internos y externos.

Por otra parte, se adquirieron e implantaron los módulos de Compras, Contratos, Servicios Públicos y Workflow, integrados con el sistema de información SEVEN- ERP, con los cuales se facilita y dinamiza la adquisición de bienes y servicios en la entidad.

Además se realizó la migración de la última versión el módulo de cuentas médicas del sistema INTEGRA y se implantó este módulo en la entidad, terminando así la tercerización de este servicio. Igualmente, se implantó el módulo de Servicio al Cliente.

##### ***Licenciamiento de Software***

Se adquirió el licenciamiento para Plataforma Microsoft correspondiente a Windows Server, Exchange y SQL, con el fin de normalizar el licenciamiento en uso en la entidad.

##### ***Comunicaciones***

En este proceso, se fortaleció la red de datos a nivel nacional ampliando anchos de bandas entre las territoriales con mayor número de afiliados y el nivel central, ampliando en 1MB todos los canales; de esta manera se conectaron con el nivel central más 270 municipios que cuentan con infraestructura de hardware software y



comunicaciones para brindar apoyo y oportunidad en el servicios a nuestros afiliados. Además se integraron a la red de datos las IPS y socios de negocios

Estos nuevos puntos se dotaron con computador personal, impresora multifuncional, y módem de interconexión o canal de datos según el nivel de dispersión geográfica y el número de afiliados; estos puntos pueden ahora acceder a los sistemas de información como SEVEN e INTEGRA y recibir beneficios como el correo electrónico y la videoconferencia.

Por otra parte, se han realizado ajustes en la plataforma tecnológica para optimizar su desempeño, tales como, cambio en la configuración de las VPN que están instaladas en la diferentes sedes que no tienen canales dedicados de conexión por una conexión VPN SSL lo cual permite tener una interfaz más liviana y de fácil acceso por el usuario, Además se instaló un canal de internet de 20Mg con un backup de 10Mg para redistribuir todo el tráfico que se presta por este medio para los servicios web, correos electrónicos y conexión VPN

### **7.3.6 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia–FPS**

El FPS presta servicios de salud a 48.429 usuarios, en dieciocho en (18) departamentos y en el 6.78% de los municipios de la Nación.

#### ***Calidad en la prestación de servicios de salud, atención primaria, tecnologías en salud y recursos humanos en salud***

Para mantener los estándares de calidad en la prestación de servicios de salud, el Fondo realiza diferentes actividades entre las que vale destacar:

- 1.121 visitas de auditoría de servicios de salud a nivel nacional.
- 99 comités de evaluación de servicios de salud a nivel nacional.

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

A la fecha, el FPS se encuentra documentando y/o actualizando los documentos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con los parámetros de la Ley 1562/2012.

#### ***Mejoramiento de la capacidad de gestión***

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan de Desarrollo Administrativo vigencia 2012 obtuvo un nivel de cumplimiento del 80%; faltando algunos productos en las Políticas de Gestión de Calidad (Plan de Gestión Ambiental, Sistema Gestión Sostenible) y Moralización (Mapa de riesgo Institucional).



## **Sistemas de Información**

De acuerdo a las estrategias establecidas por la alta dirección del Gobierno Nacional, el Fondo Pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia realiza sus transacciones de manera integral en las plataformas dispuestas por el gobierno y descritas a continuación:

### *Gobierno en Línea*

**Tabla 72.**  
**Avances Gobierno En Línea - GEL**

COMPONENTE	A 2013	FPS
<b>Elementos Transversales</b>	75%	72.0%
<b>Información En Línea</b>	80%	45.0%
<b>Interacción En Línea</b>	80%	51.0%
<b>Transacción En Línea</b>	70%	45.5%
<b>Transformación</b>	70%	74.5%
<b>Democracia En Línea</b>	80%	73.0%

Fuente: Gestión Tic. F.P.S.F.

*RAVEC (Red de Alta Velocidad)*: Infraestructura prestadora de los servicios de medio de acceso dedicado y conexión a portales de entidades gubernamentales dispuesta por el programa Gobierno en línea. Los portales más utilizados por la entidad enrutados por la conexión RAVEC son: Ministerio De Hacienda y Crédito Público: SIIF; DIAN: MUISCA; Hora Legal Colombiana; SECOP. Sistema Electrónico para la Contratación Pública Contratos en línea; Unidad De Gestión Pensional y Parafiscales; SUIT. Sistema Único de Información de Tramites

*Sistema Único de Información de Tramites-SUIT V3*: La entidad se encuentra finalizando la migración de todos sus trámites a la nueva plataforma dispuesta por gobierno en línea y SUIT en su versión 3.

### **Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión**

Durante el año 2012, el Plan de Fortalecimiento y Mantenimiento del Sistema Integral de Gestión (MECI-Calidad) obtuvo un cumplimiento del 79%, resultado de la ejecución de las actividades programadas en el plan, como capacitación y actualización de la Matriz de Información Primaria y Secundaria a los 15 procesos, elaboración de los estudios previos para la actualización y mejora del aplicativo ORFEO, entre otras.

En el año 2013 el Plan de Fortalecimiento y Mantenimiento del Sistema Integral de Gestión se reformuló en el mes de abril con la participación de los responsables de las actividades programadas incluyendo las acciones de mejora, resultado de la revisión por la Dirección.



Se realizó seguimiento por parte del ente certificador Bureau Veritas al Sistema de Gestión de Calidad bajo los requisitos de la norma ISO-9001-2008 y NTCGP-100-2009 en el mes de abril. El informe final de auditoría arrojó una No conformidad real y una No conformidad potencial las cuales se documentaron en los respectivos planes. El resultado de esta auditoría dejó en evidencia el buen funcionamiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad.

El avance en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno disminuyó del 98% en 2011 a 96% en 2012; porcentaje que dentro de los Rangos de Implementación corresponde a “Cumplimiento” debido a que no se llevaron a cabo las auditorías de calidad, las cuales en el 2013 ya se encuentran realizadas al 100% lo cual se espera que se vea reflejado de manera positiva para el informe del próximo periodo. El avance cuantitativo por subsistemas se describe a continuación.

**Tabla 73.**

**Capacitación a Funcionarios Subsistemas Sistema de Control Interno MECI**

SUBSISTEMA	% IMPLEMENTACIÓN	RANGO DE IMPLEMENTACIÓN
<b>Control Estratégico</b>	97%	Cumplimiento
<b>Control de Gestión</b>	99%	Cumplimiento
<b>Control de Evaluación</b>	93%	Cumplimiento

Fuente: Datos estadísticos Grupo de Trabajo de Control Interno. F.P.S.F.

### 7.3.7 Fondo de Previsión Social del Congreso-FONPRECON

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

Durante el período julio de 2012–mayo de 2013, el número de afiliados se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 74.**

**Número de Afiliados Julio 2012–Mayo 2013**

AFILIADOS	A 1 de Julio de 2012	A 31 de diciembre 2012	A 31 de Mayo 2013
<b>Congresistas</b>	96	97	99
<b>Empleados</b>	720	760	793
<b>TOTAL</b>	<b>816</b>	<b>857</b>	<b>892</b>

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Producto de la afiliación, el recaudo de aportes por cotizaciones en los períodos julio–diciembre de 2012 y enero–mayo de 2013, se registra a continuación:



**Tabla 75.**  
**Recaudo de Aportes por cotización Julio 2012 – Mayo 2013**

Valores en \$ millones

RECAUDO DE APORTES	Julio –Diciembre 2012	Enero – Mayo 2013
<b>Congresistas</b>	\$ 3.691	\$ 2.954
<b>Empleados</b>	\$ 2.557	\$ 2.070
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 6.248</b>	<b>\$ 5.024</b>

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Para adelantar estas actividades el Fondo del Congreso diseñó y desarrolló los módulos de Afiliación y Recaudo y se encuentra en proceso de construcción de la historia laboral de los afiliados desde 1994. Estos módulos se complementan con los nuevos desarrollos de reconocimiento de prestaciones económicas y cartera, con los cuales la entidad integra las actividades tanto misionales como de apoyo para conformar su sistema de información.

### ***Pensionados***

El número de pensionados de FONPRECON, clasificados según Ex-Congresistas y Ex-Empleados, se muestran en el siguiente cuadro:

**Tabla 76.**  
**Número de pensionados según grupo**

PENSIONADOS	1 Julio 2012	31 Diciembre 2012	31 Mayo 2013
<b>Ex Congresistas</b>	838	841	823
<b>Ex Empleados</b>	1474	1491	1504
<b>TOTAL</b>	<b>2312</b>	<b>2332</b>	<b>2327</b>

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

### ***Modernización Tecnológica***

Con el propósito de construir un sistema de información modular integrado que permita el acceso y operación de los procesos de la Entidad, se diseñaron y desarrollaron los módulos de liquidación de prestaciones económicas, cartera e interfaces del sistema de información de FONPRECON.

Estos módulos se integraron a los ya desarrollados e implementados para conformar el sistema en su conjunto y permitir procesos seguros y confiables que reemplacen aquellos que se adelantaban manualmente o mediante herramientas básicas no eficientes.

Con esta integración modular el proceso misional de reconocimiento de pensiones, cesantías y auxilios funerarios, se efectúa de manera automática y con herramientas



modernas. El resultado del reconocimiento alimenta el proceso de pago de prestaciones y éste a su vez lo hace con el registro contable, todo a través de interfaces que comunican los resultados de cada uno de ellos.

Además de los módulos descritos se desarrollaron los servicios en línea para acceder a los documentos que regularmente solicitan pensionados y afiliados, de tal manera que nuestros usuarios no requieren acudir a las instalaciones de la entidad. El desarrollo incluye el módulo de seguridad para que mediante controles internos se proteja al Fondo del acceso de usuarios no registrados o no permitidos.

### ***Sistema de Gestión de Calidad***

FONPRECON realizó auditoría interna de calidad a todos los procesos, actividad que estuvo a cargo de un auditor líder externo en noviembre de 2012 y en diciembre del mismo año se recibió la auditoria de renovación de las certificaciones de Calidad que tiene lugar cada tres años. Durante los tres días de auditoría fueron revisados todos los procesos con que cuenta la Entidad.

Al cierre del ejercicio el auditor líder de ICONTEC emitió concepto favorable respecto de las certificaciones que tiene el Fondo en las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008 para ser ratificadas por tres años más.

Las certificaciones de calidad fueron otorgadas hasta el año 2016 y entregadas al Director General de la Entidad el 14 de febrero de 2013 mediante ceremonia realizada en las instalaciones del ente certificador.

### ***Implementación de la estrategia Gobierno En Línea***

FONPRECON comprometido con la implementación de la Estrategia GEL presentaba a junio de 2012 un cumplimiento del 83,3%, resultante de los siguientes porcentajes de monitoreo sobre la matriz de autoevaluación, instrumento proporcionado por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para medir el avance de las entidades:

- Fase de Información: 74,9%,
- Fase de Interacción: 88,5%
- Fase de Transformación: 70%
- Fase de Democracia: 100%.

La Entidad fortaleció en el periodo en mención el cumplimiento del Plan Anti-trámites conforme al Decreto 019 de 2012, mediante la racionalización y simplificación de sus trámites y la reducción de documentos para las solicitudes de Pensión, de reconocimiento y pago del auxilio de Cesantías y del Auxilio funerario; específicamente se eliminó la solicitud de autorización por notaria, para el Auxilio Funerario se eliminó aportar el recibo de caja, solo se requiere la factura. En cuanto a reducción de requisitos se suprimió la declaración de retiro definitivo del servicio



para ingreso a nómina de pensionados y ya no se requiere la presentación personal para la radicación de documentos.

No obstante lo anterior y continuando con los lineamientos impartidos, el 11 de junio de 2013 se firmó el acuerdo con la Superintendencia de Notariado y Registro para dar aplicación al artículo 15 del Decreto 019 del 2012 de tal forma que los afiliados ya no tienen que solicitar el certificado de tradición y libertad, para el trámite de Cesantías sino que Fonprecon directamente verifica este requisito a través de la consulta en línea a las Bases de datos de la SNR.

Así mismo, en procura de mejorar la comunicación con entidades como el Senado de la República se gestionó y adquirió el usuario para consulta de planillas de pago de aportes en pensiones que permite al Grupo de afiliaciones de FONPRECON complementar la Historia Laboral de los afiliados, el acceso se realiza vía web al Sistema de Gestión Documental *Powerfile* del Senado de la República.

En lo que respecta a la Estrategia Cero papel, Fonprecon continuó con el servicio de generación electrónica de cuentas de cobro de cuotas partes pensionales. Para el periodo comprendido entre el 1º de Junio de 2012 al 31 de diciembre de 2012 se expidieron 18.377 lo que permite agilizar el procedimiento del Grupo de Cartera.

Dando cumplimiento a lineamientos sobre seguridad física y del entorno en el Sistema de Gestión de Tecnologías de la Información, Fonprecon realizó mediante contrato No.3547 del 12 de julio de 2012 la reorganización y adecuación del centro de cómputo, tanto en obra civil como en adquisición de 3 servidores de alta capacidad y velocidad.

### ***Prueba de Continuidad del Negocio***

La importancia que reviste para la entidad, el definir esquemas de trabajo que permitan alternativamente atender sus obligaciones en sitio diferente a sus instalaciones, la condujeron a planear, organizar y ejecutar una prueba de continuidad que asegure que el *core* del negocio y los procesos de apoyo se mantengan, ante la posible ocurrencia de eventos que afecten la actividad regular de la entidad.

En efecto, Fonprecon realizó una prueba de continuidad el 28 de septiembre de 2012 en centro alterno ubicado en la Casa del Pensionado de propiedad del Fondo, con la pretensión de proporcionar un enfoque organizado para cumplir funciones de respuesta y recuperación de información que permita la restauración de los elementos requeridos para la actividad cotidiana. Ello implicó instalación de equipos de cómputo y de una red interna de comunicaciones, incluido el internet, impresoras, bases de datos y copias recuperadas de los sitios diferentes a la sede del Fondo en donde se custodian para cubrir las contingencias que se puedan eventualmente materializar.



### ***Gestión Ambiental Empresarial***

Para avanzar en los elementos transversales de la estrategia, y específicamente en la gestión de TI y en el programa de correcta utilización de residuos tecnológicos, la Entidad se vinculó al Programa de Gestión Ambiental Empresarial–GAE impartido por la Secretaria Distrital de Ambiente que a través del desarrollo de 5 niveles de acción ofrece acompañamiento gratuito para fortalecer la autogestión y autorregulación ambiental al interior. El primer nivel inició en abril y finalizó en junio.

Para el fortalecimiento del Elemento Transversal Sistema de Gestión de Seguridad de la Información–SGSI, Fonprecon capacitó en el Programa Internacional Gestión para la Seguridad de la Información a uno de los funcionarios del proceso de Gestión Tecnológica de la entidad, programa que abarcó de octubre de 2012 a marzo del presente año. A la fecha la Entidad adelanta el proceso de revisión de la política del SGSI y en proyección del Acto administrativo que permita adoptar los lineamientos de Seguridad de conformidad con la Norma Técnica NTC-ISO/IEC 27001.

### ***Política de Racionalización de Trámites***

Para avanzar en los componentes de la estrategia la entidad se encuentra en la etapa de revisión de la información de trámites institucionales migrada del aplicativo SUIT v.2.0 a la versión 3.0 del Sistema Único de Información de Trámites dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

### ***Evaluación Estrategia GEL***

A mayo de 2013 los avances de cumplimiento se encuentran en los siguientes estimativos: Porcentaje de avance con respecto al Índice GEL (2015): 55,16%; los porcentajes de avance por componente sobre la totalidad programada para 2015, son:

Elementos transversales: 43,63%; para el 2013 se espera el 75%

Información: 84,00%; para el 2013 se espera cumplimiento del 80%

Interacción: 77,50%; para el 2013 se espera cumplimiento del 80%

Transacción: 49,29%; para el 2013 se espera cumplimiento del 70%

Transformación: 48,28%; para el 2013 se espera cumplimiento del 70%

Democracia: 188,27%; para el 2013 se espera cumplimiento del 80%

### ***Audiencia Pública de Rendición de Cuentas***

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que, en términos de Democratización de la Administración Pública, ordena a las entidades del Estado “...desarrollar su gestión acorde con los principios de democracia participativa...” y para ello podrá realizar entre otras actividades audiencias públicas, FONPRECON convocó



y efectuó el 5 de septiembre de 2012 en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, la audiencia pública de rendición de cuentas.

A ella acudieron pensionados, funcionarios y contratistas del Fondo, representantes del Senado de la República, del Ministerio de Salud, del Departamento Administrativo de la Función Pública y de la Revisoría Fiscal.

Ante 91 asistentes el Director General de la Entidad acompañado de las Subdirectoras, los Jefes de Oficina y los Coordinadores de Grupo, expusieron temas relacionados con direccionamiento estratégico, reconocimiento de prestaciones, atención al usuario, defensa judicial, ejecución presupuestal, contratación de bienes y servicios, recuperación de cartera e implementación de los sistemas de Control Interno y Calidad.

Se absolvieron las inquietudes y observaciones de los presentes y se evaluó mediante una encuesta que atendieron 51 personas con resultado favorable relacionado con la claridad y comprensión de los temas tratados, la utilidad de la audiencia como espacio de participación ciudadana y la puntualidad y logística utilizada en el ejercicio.

### **7.3.8 Instituto Nacional de Salud- INS**

#### ***Proyecto de rediseño del INS aprobado y ejecutado en 2012. (Meta Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”)***

Con la expedición de los decretos 2774 y 2775 del 2012 referentes a la estructura organizacional y a la planta de personal del Instituto Nacional de Salud (INS), se pone en marcha su proceso de implementación. Este proceso está conformado por tres etapas: Incorporación, encargos y nombramiento provisional. El 25 de enero de 2013 se incorporan a la nueva planta de personal del Instituto Nacional de Salud 250 cargos correspondientes a: 196 Servidores públicos con derechos de Carrera Administrativa, 50 Provisionales que se venían nombrando en vacantes definitivas y 4 de Libre Nombramiento y remoción del Nivel Directivo.

Para la provisión transitoria de los empleos de carrera administrativa se expide la Circular interna 007 de 2012 donde se describe el proceso a seguir para la selección del personal de los empleos vacantes mediante la figura del encargo.

Se realiza el estudio y verificación de las hojas de vida de los servidores públicos con derechos de carrera administrativa opcionados, quienes deben demostrar el cumplimiento de los requisitos y competencias para ocupar el empleo vacante.



A partir del mes de febrero de 2013 se da inicio al proceso de encargos, con la emisión de la Circular 007 de 2013, socializándolo a través de los medios de comunicación institucionales.

Se creó link en la página web del Instituto, denominado “Rediseño INS”, en donde se publica todo lo pertinente a la implementación del rediseño, además se ha difundido a través de Boletines informativos, intranet (correo institucional) y carteleras digitales.

### ***Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión***

De acuerdo con reglamento de certificación de calidad emitido por el ente certificador, se realizó auditoria de seguimiento, en el mes de noviembre de 2012. De acuerdo con informe de auditoría realizada por ICONTEC, se encontró que el Sistema Integrado de Gestión alcanzó un buen grado de madurez lo que permite dar una evaluación positiva para continuidad de la certificación.

### ***Sistemas de atención al ciudadano***

Con el fin de fortalecer los diferentes canales de comunicación con los ciudadanos y así garantizar un espacio que permita la participación ciudadana, durante la vigencia 2012 y 2013, mediante el Convenio Interadministrativo de Gerencia Integral de Proyectos No.210060 celebrado entre el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo-FONADE y el Fondo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones FONTIC, el INS se adhiere al mismo (Adhesión No.27 en el 2012 y Adhesión No.48 en el 2013) para implementar y garantizar el servicio del Contact Center, el cual se da inicio en diciembre de 2012.

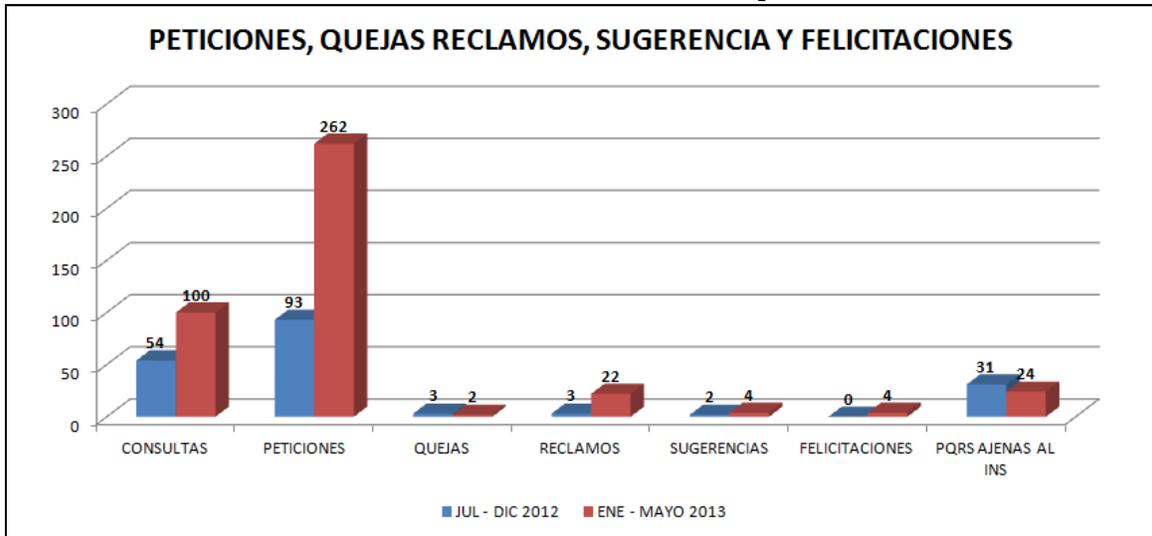
Así mismo, se integra la implementación de la mesa de ayuda de primer nivel, para fortalecer la notificación de eventos en Salud Pública (SIVIGILA) en vías de posteriormente integrar los demás aplicativos de notificación como IAAS, Maternidad segura y Crónicas.

En el año 2013 se inicia el trabajo en conjunto con el Grupo de Atención al Ciudadano de Minsalud, y demás entidades del sector salud, en el proyecto “Red de Ayuda al Ciudadano”, con el propósito de desarrollar un sistema de información y gestión que fortalezca los canales de comunicación entre las entidades que integran la red, favoreciendo al ciudadano en la atención oportuna y efectiva de las solicitudes relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

Para el periodo julio-diciembre del año 2012 se presentaron un total de 186 PQR y para el periodo enero-mayo de 2013 se registran 418 PQR.



**Gráfica No. 17 Relación solicitudes realizada por los ciudadanos**



Fuente: Grupo de Atención al Ciudadano. INS

## Cooperación y Relaciones internacionales

**Tabla 77.**  
**Convenios Internacionales**

FECHA DE REALIZACION	ENTIDAD CON LA QUE SE REALIZA	OBJETO DEL CONVENIO
Marzo 2012	Lycée Talensac	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.
Noviembre 2012	Donation y Transplantation Institute Fundación Privada-DTI España.	Convenio marco de cooperación para adelantar acciones proyectos y cooperación procesos donación de componente anatómicos
Enero 2013	Tephinet -INS Memorando de Entendimiento	Fortalecer la capacidad internacional en respuesta a riesgos para la salud pública.
Mayo 2013	Organización Panamericana de la salud-OPS/OMS	Cooperación para desarrollar actividades, planes y proyectos de salud pública búsqueda de expertos.
Mayo 2012	Instituto Butantan	Fortalecer 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.



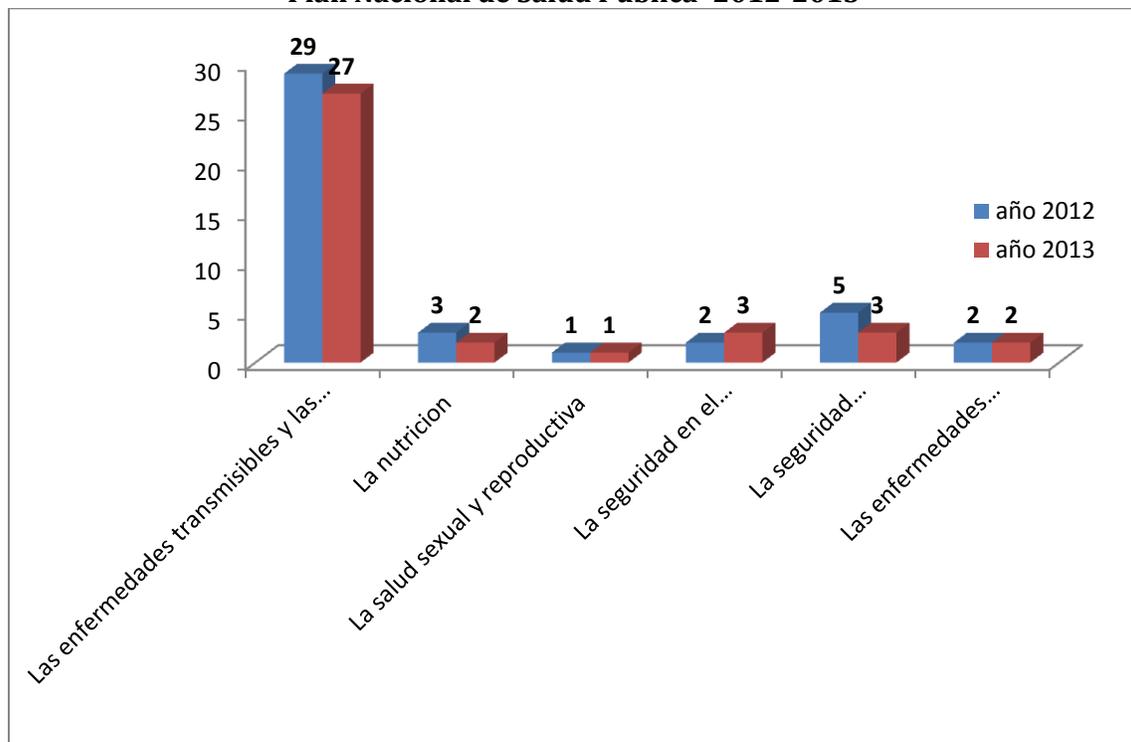
Abril 2011	Análisis de Argentina-"Carlos Malbran"	Convenio marco de cooperación para establecer relaciones de cooperación científica y tecnológica para el desarrollo de conocimientos, la creación y desarrollo de nueva tecnología.
Marzo 2011	Instituto Nacional de Perú	Estrechar los lazos estratégicos tendientes al intercambio del conocimiento científico y tecnológico, basados en el desarrollo de investigaciones en forma conjunta de problemas comunes de la salud pública de las partes.

Fuente: Subdirecciones de Investigación y Producción. INS

### Proyectos y programas de investigación desarrollados por el INS atienden problemática de la agenda de salud pública

Para el periodo julio 2012 a mayo de 2013 en el INS, se aprobaron y ejecutaron un total de 56 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, tal y como se puede observar en la gráfica.

**Gráfica No. 18**  
**Proyectos y programas de investigación desarrollados dentro de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública-2012-2013**



Fuente: Subdirecciones INS



### 7.3.9 Superintendencia Nacional de Salud–SNS

La Superintendencia Nacional de Salud viene fortaleciendo su sistema de información, acorde con los lineamientos y políticas del Sector. Para ello ha realizado adquisición de los equipos requeridos, el licenciamiento de Microstrategy, Lotus Notes, Herramientas ESRI, Sistema ERA, SPSS y Antivirus, al igual que nuevos desarrollos para el sistema único de peticiones, quejas y reclamos SUPQR y el sistema de Gestión Estratégica y ajustes en los sistemas Supersiad (sistema de investigaciones administrativas), Sivical, Supercor, Era

En el componente de infraestructura tecnológica se adquirió una solución de almacenamiento SAN HITACHI SERIA 2100 de última generación ajustada a los requerimientos de la SNS, y con escalabilidad suficiente para crecer en el tiempo. Adicionalmente, se adquirió un robot de cintas magnéticas para respaldar de forma efectiva gran cantidad de información, dado que la librería de cintas antiguas no estaba mostrando un adecuado rendimiento en la restauración de datos.

En el componente de software la entidad adquirió el sistema único de peticiones quejas y reclamos con las especificaciones establecidas en el documento de casos de uso de las etapas de análisis y diseño; se realizó la parametrización del sistema con variables previamente definidas como la tipificación de motivos de quejas, tiempos máximos de respuesta para una PQR, trazabilidad, reportes e interoperabilidad.

Otras de las acciones realizadas fueron:

- Se definió un proceso para la gestión de incidentes y requerimiento de servicios de TI de acuerdo a las mejores prácticas establecidas en ITIL V3. Este proceso le permite a la entidad contar con una línea base desde la cual se pueden planear, implementar y medir nuevos procesos para la gestión de servicios de TI (Gestión de problemas, Gestión de cambios, Gestión de la Configuración, entre otros). Para el proceso se definieron esquemas para la clasificación y priorización de incidentes y requerimientos de servicio de TI, reglas y procedimientos de escalamiento así como acuerdos de nivel de servicio (ANS).
- Con el propósito de medir el desempeño y mejorar continuamente el proceso para la gestión de incidentes y requerimiento de servicios de TI, se establecieron métricas de costo, calidad, productividad y nivel de servicio de acuerdo con mejores prácticas.
- Con el fin de mantener y controlar los ítems de configuración (CIs) que permiten la prestación de servicios de TI en la entidad, se definieron atributos para los CIs de la base de datos de administración de configuración (CMDB), a su vez, a través del aplicativo “Aranda” se realizó una carga masiva de ítems de configuración.
- Con el fin de contar con un inventario acorde al real y mantenerlo actualizado, se realizó a través del aplicativo “Aranda” la distribución masiva de agentes de inventario a todos los equipos de cómputo y servidores activos de la SNS.



### ***Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión***

Durante el período julio 2012 y mayo de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud continuó con el proceso de revisión del Sistema de Gestión de Calidad en donde se determinó que debía fortalecerse las siguientes líneas de acción:

- Actualización de procesos y procedimientos adecuando las actividades a la realidad de la operatividad de la institución teniendo en cuenta el marco normativo vigente.
- Se realizaron 20 sesiones de capacitación en Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Gestión Ambiental lo cual permitió afianzar en la Superintendencia Nacional de Salud la cultura de mejoramiento continuo en temáticas relacionadas con la norma NTCGP:1000, auditoría interna de calidad, administración de riesgos e indicadores de gestión.
- En aras de la modernización institucional, la Superintendencia Nacional de Salud llevó a cabo el proceso contractual para la adquisición de la herramienta informática que permite la administración del Sistema Integrado de Gestión y la optimización de los procesos relacionados con el sistema de planeación de la entidad y el cuadro de mando estratégico–*Balanced Scorecard*.
- En el marco de la directiva presidencial 004 de 2012 la Entidad consolidó y presentó ante la Presidencia de la República el plan de eficiencia administrativa. En este sentido, con apoyo del Grupo de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional, se realizó la divulgación y lanzamiento de la campaña cero papel en el mes de julio a todo el personal.
- En cuanto al sistema de gestión ambiental la entidad avanzó en la consolidación del plan institucional de gestión ambiental–PIGA, a partir de la identificación de los aspectos e impactos ambientales significativos (AAS e IAS), y posteriormente se definieron e implementaron los programas de gestión ambiental relacionados con el uso eficiente de recursos (ahorro de agua, ahorro de energía, plan cero papel), gestión de residuos, mejoramiento de las condiciones ambientales internas, criterios ambientales para compras y extensión de buenas prácticas ambientales.

En el componente de Gobierno en Línea la Superintendencia Nacional de Salud, en el período en referencia alcanzó los siguientes resultados, según el aplicativo <http://www.entidades.colnodo.apc.org>, desarrollado por el MINTIC:

- Porcentaje de avance con respecto al Índice Gel (2013): **90,56% – Nivel Alto**
- Porcentaje de avance por Componente (2013):  
Elementos transversales: 90,96% Nivel Alto. Para el 2013 se espera cumplimiento del 75% del 100% esperado en el 2015  
Información: 68,52%. Nivel Medio. Para el 2013 se espera cumplimiento del 80% del 100% esperado en el 2015  
Interacción: 86,25%. Nivel Alto. Para el 2013 se espera cumplimiento del 80% del 100% esperado en el 2015



Transacción: 56,35%. Nivel Medio. Para el 2013 se espera cumplimiento del 70% del 100% esperado en el 2015

Transformación: 135,17%. Nivel Alto. Para el 2013 se espera cumplimiento del 70% del 100% esperado en el 2015

Democracia: 128,45%. Nivel Alto. Para el 2013 se espera cumplimiento del 80% del 100% esperado en el 2015

### ***Sistemas de Atención al Ciudadano y Participación ciudadana.***

La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, durante la vigencia julio de 2012 a mayo de 2013, adelantó una importante gestión en cumplimiento a las competencias establecidas en Decreto 1018 de 2007, en los componentes de protección al usuario y participación ciudadana.

Durante el período del 1 de julio de 2012 al 31 de mayo de 2013, tramitó un total de 514.824 solicitudes, de las cuales 224.930 corresponden a peticiones, quejas y reclamos, y 289.894 a solicitudes de información. Estas solicitudes se efectuaron a través de los diferentes canales de la siguiente forma: 377.108 vía telefónica; 74.636 por la página web, 27.950 por chat, 26.583 por escrito y 8.547 en atención personalizada.

Los temas más tratados en estas solicitudes corresponden a: 285.989 solicitudes de información general al Call center, 174.960 por restricciones en el acceso a los servicios de salud, 29.137 por insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, 14.482 por deficiencias en la efectividad en la atención en salud, 5.464 por no reconocimiento de las prestaciones económicas, 3.905 solicitudes de información a la Superintendencia Nacional de Salud, 807 por falta de disponibilidad o inapropiado manejo del recurso humano y físico para la atención, y 80 PQR interpuestas por vigilados, entidades intervenidas y organismos.

Para determinar el grado de satisfacción de los usuarios en cuanto a la calidad del servicio en el Punto de Atención al Ciudadano de la Superintendencia Nacional de Salud, en el período 1 de julio del 2012 al 31 de mayo del 2013 se efectuó encuesta voluntaria a 1.605 usuarios que calificaron la atención del personal con un 59.26% de excelente y 28.52% como buena.

En el tema de tutelas, dentro de los motivos por los cuales los usuarios interponen tutelas, se presenta un porcentaje significativo de fallos que conceden la protección a los derechos por medicamentos, procedimientos, insumos médicos, citas médicas, prestación económica y afiliación.



En el periodo julio de 2012 a mayo de 2013 se efectuó seguimiento a un total de 3.072 fallos de tutela remitidos por los Juzgados y Tribunales Judiciales (353 en 2013 y 2.719 en el 2012).

En el tema de ferias de servicio al ciudadano, la Superintendencia Nacional de Salud acompañó al Departamento Nacional de Planeación (DNP) a través del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano (PNSC), en la Feria de trámites y servicios prestados por las entidades de la Administración Pública Nacional y Territorial en la ciudad de Pasto Nariño. Como resultado de esta iniciativa, entre julio de 2012 y mayo 31 de 2013 se han realizado ocho Ferias Nacionales de Servicio al Ciudadano en las ciudades de: Quibdó (Choco), Florencia (Caquetá), Medellín (Antioquia), Arauca (Arauca).

En el componente de participación ciudadana la Delegada durante el período comprendido entre 1 julio de 2012 al 31 de mayo de 2013, realizó 15 consultas ciudadanas. 10 en la vigencia 2012 en las ciudades de San José del Guaviare, Mitú, Leticia, Paipa, Montería, Cúcuta, Armenia, pasto, Medellín y Cartago; y 5 en la vigencia 2013 en las ciudades de Santander de Quilichao, Ocaña, Inírida, Barrancabermeja y Honda. El total de asistentes a estas consultas fue de 2.729 que presentaron un total de 393 reclamos.

Corresponde a la Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, entre otras funciones, promover el mejoramiento integral de los servicios de atención al usuario del SGSSS, para lo cual se promovió la conformación de seis veedurías ciudadanas en las ciudades de Cali, Popayán, Ibagué, Quibdó, Dosquebradas y Manizales.

De otra parte se realizó el V Congreso Iberoamericano de Organizaciones de Supervisión Gubernamental del Sector Salud, los días 11 y 12 de octubre, con el objetivo de analizar e intercambiar conocimientos, experiencias e insumos en la regulación y control de los sistemas de salud de los países Iberoamericanos.

De igual manera, se realizó el II Simposio Internacional de Participación Social en Salud y I Foro de Control Social en salud durante los días 8 y 9 de noviembre en la ciudad de Medellín–Antioquia y el I Foro de Control Social en salud en la ciudad de Pereira–Risaralda, el día 23 de noviembre, teniendo como objetivo en dichos eventos analizar, discutir y profundizar sobre la participación Social y los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta los diferentes contextos sociales, políticos, económicos y culturales de nuestro país y divulgar, socializar e intercambiar conocimientos sobre el futuro del Control Social en Salud en Colombia frente a las reglamentaciones existentes y vigentes en nuestro sistema.



### **7.3.10 Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA**

El INVIMA desde el año 2000 ha desarrollado y realizado sistemas de información que soportan las funciones misionales y operativas para inspección, vigilancia y control sanitario; actualmente se está implementando una solución BPM/SOA, basada en gestión de procesos y servicios, que soportará el que hacer institucional en las áreas misionales y de apoyo del instituto acorde a los nuevos requerimientos que han surgido a partir de rediseño y fortalecimiento de la institución.

Adicionalmente el Instituto da cumplimiento con los requerimientos del manual 3.1 de Gel, entre los cuales se cuenta con una solución de cadena de trámites para la atención al ciudadano que permite radicar en línea los trámites de registros sanitarios (Invima virtual).

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%, el avance y cumplimiento en el manual 3.1 de la Estrategia de gobierno en línea es del 71,63%, de acuerdo a la autoevaluación del INVIMA.

#### ***Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión***

En el periodo mayo 2012 a junio 2013, el INVIMA ha recibido auditorías externas nacionales e internacionales que validan la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad y le han permitido demostrar su cultura de mejoramiento continuo e integración de sus sistemas. Durante este periodo se ha gestionado la armonización de los procesos con la Norma Técnica Colombiana-NTC ISO/IEC 17025, con el fin de robustecer el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas-ICONTEC, través de su visita de Auditoría, efectuada al INVIMA, entre el 10 y 11 de octubre de 2012, le permite mantener la certificación bajo las normas NTC GP1000/2009 e ISO 9001/2008. En el mismo periodo, la Institución ha recibido auditorias para la precalificación de los Laboratorios de Medicamentos por parte de la Organización Mundial de la Salud-OMS al igual que acompañamientos por parte de la Organización Panamericana de la Salud-OPS en el proceso preparatorio para la recertificación del INVIMA como Agencia Nacional de Referencia-ARN y obtener el reconocimiento como Autoridad Nacional Reguladora nivel 4 en el tercer trimestre de 2013.

Durante los días 24 y 25 de octubre de 2012 el INVIMA recibió auditoría de seguimiento a la Acreditación por parte del Organismo Nacional de Acreditación Colombiana-ONAC a los laboratorios de Alimentos (fisicoquímico y microbiológico) y



como resultado se obtuvo el mantenimiento de la Acreditación bajo la norma NTC ISO/IEC 17025.

### ***Sistemas de Atención al Ciudadano***

Fortalecimiento en el proceso de divulgación de la herramienta INVIMA Virtual, a gremios, industria, ciudadanos, población infantil, por lo que se ha sensibilizado en diferentes ciudades del país a 668 usuarios con el objetivo de facilitar el acceso a los diferentes trámites y servicios Institucionales.

### ***Cooperación y Relaciones Internacionales***

Hoy el INVIMA es 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.

- **Negociación y Aprovechamiento de acuerdos de régimen fronterizo:** Participación entre 2011 y 2013 en la negociación de (7) acuerdos comerciales en los capítulos de medidas sanitarias y fitosanitarias, propiedad intelectual y el capítulo cooperación regulatoria de obstáculos técnicos al comercio. 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). A mayo del 2013 el Invima abrió dos nuevos mercados y dos nuevos procesos de admisibilidad sanitaria para un total de 22 mercados.
- **Cooperación Internacional:** Fortalecimiento de las capacidades técnicas y científicas del recurso humano del INVIMA a través de intercambios y proyectos de cooperación internacional: contamos en este momento con 5 proyectos de cooperación en negociación, 2 proyectos en ejecución, 1 proyecto culminado y 14 intercambios técnico científicos con Agencias Homologas.
- **Re certificación como Agencia de Reguladora Nacional de Referencia ARNs**  
En el segundo semestre del 2012 y primer semestre de 2013, el INVIMA se encuentra en la etapa de preparación para la Re-certificación como Agencia Reguladora Nacional de Referencia regional (ARNr). En este sentido se dieron (2) Visitas de seguimiento de asesores regionales de OPS a INVIMA y Ministerio de Salud (Viceministro de Salud y Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud). Febrero y mayo de 2013. Mesa de Articulación Interinstitucional (MAI) INS -INVIMA relacionado con Farmacovigilancia en Vacunas y Creación de Mesa de coordinación técnica-regulatoria entre INVIMA y Ministerio.



## Gestión de la Información

**Tabla 78.**  
**Gestión de Información**

LÍNEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES
<b>FORTALECER LOS ESQUEMAS DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA DEL INSTITUTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divulgación de información para periodistas y ciudadanía en general exponiendo los avances de la gestión de la entidad con 48 comunicados de prensa e información a la ciudadanía en general.</li> <li>Divulgación de información de seguridad en Medicamentos y Productos Biológicos para profesionales de la salud y usuarios, 40 publicaciones.</li> <li>Tras el propósito de proteger la salud y garantizar nuestro trabajo de inspección, control y vigilancia, se emitieron 102 alertas a profesionales de la salud y ciudadanía en general.</li> <li>Seguimiento a información que circula en los medios de comunicación, nacionales y regionales, reportando 1593 noticias neutras – positivas, sobre temas sanitarios y sobre la gestión del INVIMA en particular.</li> </ul>
<b>DESARROLLO DE ACCIONES Y/O MECANISMOS DE DIVULGACIÓN O INTERACCIÓN CON EL CIUDADANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se adelantaron distintas publicaciones de orden técnico e institucional para fortalecer los procesos de divulgación con vigilados y población en general. Estas fueron: 1. Programa de tecnovigilancia afiches, plegables IPS, para importadores, ciudadanía en general. 2. ABC del programa nacional de tecnovigilancia y dispositivos médicos. 4. Cartilla del Hipoclorito de Sodio. 6. Plegable sobre plan de emergencias. 7. Folleto sobre el cólera. 8. Piezas gráficas para la Audiencia Pública de rendición de Cuentas. 9. Piezas gráficas para el lanzamiento de la herramienta INVIMA virtual.</li> <li>Se realizaron piezas audiovisuales de orden técnico e institucional para fortalecer los procesos de divulgación con vigilados y población en general con 6 microprogramas y 20 capsulas informativas que fueron emitidas en el Canal Institucional.</li> </ul>
<b>DESARROLLO DE CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN SANITARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización pública de la rendición de cuentas (23 de noviembre) para dar cuenta de la gestión de la entidad durante el 2012.</li> <li>Lanzamiento de la herramienta INVIMA virtual, dirigido a gremios, industria y ciudadanía.</li> <li>Socialización a gremios y otras entidades gubernamentales del fortalecimiento del INVIMA Decretos 2078 y 2079.</li> </ul>
<b>MEDICIÓN DE NIVELES DE SATISFACCIÓN Y CREDIBILIDAD INSTITUCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de implementación de acciones de mejora para ejecutar en la vigencia 2012, según diagnóstico encuesta percepción napoleón 2011.</li> </ul>

Fuente: Oficina Comunicaciones INVIMA