Rendición de cuentas

INFORME DE GESTIÓN

2017

Bogotá, D.C, marzo de 2018

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro (E) de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Luis Gabriel Fernández Franco
Director Jurídico

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

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

Sandra Liliana Silva Cordero
Jefe Oficina de Control Interno

José Fernando Arias Duarte
Jefe (E) Oficina de Calidad

Juan Pablo Corredor Pongutá
Jefe Oficina de Promoción Social

Bibiana Quiroga Forero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Ricardo Adolfo Amórtegui González
Grupo de Comunicaciones

Jaime Eduardo Matute Hernández
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Sandra Lorena Girón Vargas
Directora de Epidemiología y Demografía

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

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

Carolina Gómez Muñoz
Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Andrés López Velasco
Director U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Diana Isabel Cárdenas Gamboa
Directora de Financiamiento Sectorial

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

Jackeline Becerra Castro
Directora (E) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en
Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

SECRETARÍA GENERAL

Nohora Teresa Villabona Mujica
Subdirectora de Gestión del Talento Humano

Martha Ruby Narváez Otero
Subdirectora de Gestión de Operaciones

Margarita Maria Gil Garzon
Subdirectora Administrativa

Manuel José Canencio Maya
Subdirector Financiero

Consuelo García Tautiva
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

Crédito diseño de la portada: Grupo de Comunicaciones

Elaboración:
Bibiana Quiroga Forero - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales-OAPES (aportes y aprobación final)
Álvaro E. Álvarez P. – OAPES (aportes al documento)
Diana M. González P.- Contratista OAPES (aportes sección posconflicto)
Javier Ricardo Bohórquez G. – Contratista (elaboración inicial del documento, edición técnica y corrección de estilo)
Introducción del documento:
Javier Ricardo Bohórquez G

Nota: Algunas frases contenidas en el documento son tomadas de distintas intervenciones del Sr. Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Alejandro Gaviria Uribe

Contenido

Introducción 5

I. Resultados del sistema de salud 11
Cobertura del sistema 11
Actualización y ampliación del plan de beneficios 12
Ajuste a la Unidad de Pago por Capitación – UPC 12
Acceso a los servicios y calidad 14
Resultados en salud 18

II. Salud pública, promoción y prevención 24
Vacunación 24
Políticas de promoción y prevención 25

III. Implementación de la Ley Estatutaria en Salud (LES) 33
Plan de beneficios, MiPres y mecanismo de exclusiones 33
Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) 36

IV. Consolidación de la Política Farmacéutica 39
Regulación de precios de medicamentos 39
Compras centralizadas 39
Otras acciones: transparencia y estímulo a la competencia 41

V. Fortalecimiento, depuración sectorial y sostenibilidad financiera del sistema 43
Fortalecimiento institucional: La nueva Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) 43
Depuración sectorial 44
Sostenibilidad financiera 45
Liquidez 46

VI. Sector Salud: ejemplo de buena gestión 47
Ejecución presupuestal 47
Fenecimiento de la cuenta fiscal 2016 según la auditoría de la CGR realizada en 2017 48
Certificaciones en normas técnicas 48

VII. Infraestructura y dotación en salud 49

VIII. Posconflicto 50

IX. Acciones ante el fenómeno migratorio desde Venezuela 58

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, después de 25 años de expedida la Ley 100 de 1993, se ha consolidado como el mayor logro que ha tenido el país en materia social. Lo anterior ha sido posible después de proceso gradual de reformas al sistema, implementadas durante los últimos años.

En términos de los indicadores que miden los sistemas de salud de los países como la cobertura, la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la autopercepción del estado de salud y el gasto de bolsillo, Colombia se destaca al compararse con países de la región y de un similar nivel de desarrollo.

Los avances en protección financiera en Colombia han sido más profundos que en la mayoría de los países. Una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios, contribuye a la disminución de las desigualdades entre ricos y pobres y aporta al cierre de brechas entre habitantes de zonas urbanas y rurales. La cobertura universal es prácticamente un objetivo cumplido y desde varios años se ha mantenido este registro. El 2017 no fue la excepción, teniendo en cuenta que el 95% de la población (cerca de 47 millones de habitantes[1]) se encontraba asegurada en salud.

Con la actualización de los planes de beneficios y la unificación entre los regímenes subsidiado y contributivo, los colombianos –sin distingo de clases sociales– tienen acceso a tecnologías y medicamentos esenciales, incluidos los de alto costo. En este país, sufrir una enfermedad –que exige medicamentos y tratamientos costosos– no equivale a una angustia adicional (financiera) para la mayoría de las familias ni se convierte en su ruina económica porque ya se encuentran cubiertas con un amplio plan de beneficios que se mantiene al día con los avances científicos.

Estos avances en cobertura y acceso –y en general, en las condiciones sociales de los hogares– a su vez redundan en un mayor bienestar y un mejor estado de salud de la población[2]. No en vano la mayoría de los indicadores trazadores de salud han mejorado sistemáticamente en los últimos años. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del DANE, así como la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) evidencian, por ejemplo, la disminución sostenida de la mortalidad infantil y del embarazo adolescente. La mortalidad materna también ha caído. Por su parte, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional mostró una notable reducción de la desnutrición crónica (baja talla para la edad) en menores de 5 años y también una disminución del mismo indicador en escolares y adolescentes. Las prevalencias y mortalidades por distintas enfermedades (EDA, IRA) en menores de 5 años también se han reducido de manera acelerada.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2022 (formulado como resultado de un consenso nacional y amplia participación) consolidó los objetivos y componentes concretos en torno a la salud pública del país con enfoque de determinantes sociales de la salud y abordaje intersectorial que cobija 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales. No obstante los resultados obtenidos y los avances en la implementación del PDSP en los territorios, se ha visibilizado la necesidad de realizar un esfuerzo especial para lograr mayores resultados en las distintas dimensiones y en las poblaciones más vulnerables.

---

[1] En el régimen subsidiado el número de afiliados es de 22 millones de personas, en el régimen contributivo 22,2 millones y existen 2,3 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados o especiales (cifras a diciembre de 2017).

[2] El sector de la salud se ha destacado como uno de los que más ha contribuido a la reducción de la pobreza multidimensional en Colombia, especialmente por el creciente aseguramiento financiero en salud de la población. El índice de pobreza multidimensional (IPM) es un complemento de las mediciones de pobreza basadas en ingresos, pues identifica carencias en ámbitos como la salud, la educación y la calidad de vida (condiciones de la vivienda, acueducto, alcantarillado, electricidad, entre otros). Según el IPM, el porcentaje de personas en situación de pobreza era de 30,4% en 2010 y en 2017 marcó 17% (disminución de 13 p.p.) En lo relativo a salud, la privación "sin aseguramiento en salud" pasó de 21,0% a 10,3% (disminución de 11 p.p.) mientras que la privación referente "barreras de acceso a servicios de salud" permaneció en 6,9% en el mismo periodo.

Se han reimpulsado las políticas de promoción y prevención, con acciones y medidas concretas que persiguen el bienestar de todos los colombianos. En materia de vacunación, se perseveró (a pesar de las dificultades fiscales) en las inversiones que se requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, a través de la vacunación gratuita. Es así como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados. Al cierre de 2017 se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 93,1% y de 91,6% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos); ambos registros fueron sobresalientes desde una perspectiva histórica. No es casualidad, que ningún niño colombiano haya sido contagiado de sarampión ante los recientes casos conocidos provenientes del exterior. Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el esquema de vacunación colombiano es uno de los mejores de la región y del mundo. Se dio continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes, el Virus del Papiloma Humano-VPH, la varicela y la universalización de la Vacuna Inactivada contra el Polio (VIP), introducidas por el gobierno actual, manteniendo un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades.

Adicionalmente, bajo el tradicional concepto que es mejor prevenir que curar (se evita el sufrimiento de pacientes y sus familias, y en general, incurrir en mayores costos para la sociedad), durante los últimos años y recogiendo distintas experiencias internacionales -basadas en la evidencia científica–, las medidas adoptadas frente al control al tabaco, como la aprobación del incremento progresivo al consumo del cigarrillo –y por las cuales Colombia fue reconocida en 2017 por la OMS–, así como la discusión misma sobre los impuestos a las bebidas azucaradas, constituyen un avance significativo en las políticas preventivas de manera que se disminuya efectivamente el riesgo de sufrir enfermedades, y en particular, las crónicas no transmisibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en coordinación con otras entidades del sector y distintas instancias del Estado, también mantuvo su participación activa en la discusión pública en asuntos relacionados con la salud de la población y construyendo evidencia científica frente a temas de amplio debate como el uso medicinal del cannabis, la interrupción voluntaria del embarazo (en defensa de los derechos de la mujer) y la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo. A ello se suman la regulación, lineamientos y recomendaciones del Ministerio en asuntos como la eutanasia (Colombia es el primer país de América Latina en reglamentarla) y los efectos en salud por la aspersión aérea con glifosato.

No obstante que los logros del SGSSS colombiano son en buena parte reconocidos, los esfuerzos recientes se ha dirigido a mejorar aspectos importantes como el acceso, calidad, oportunidad, equidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema. En este sentido se han producido implementaciones paulatinas en relación con nuevas normas fundamentales para el sistema como la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud. Bajo este mismo contexto, la Ley 1753 de 2015 o Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un Nuevo País” contempló ajustes adicionales. Así mismo, como se ampliará más adelante, se han producido medidas para avanzar en el acceso efectivo, reordenar el plan de beneficios de manera coherente e implementar estrategias de carácter financiero y operativo para seguir avanzando en el proceso de saneamiento de deudas, el mejoramiento del flujo de recursos y en el fortalecimiento y depuración del sector.

La Ley Estatutaria de Salud (LES) es la primera ley de un derecho fundamental social que, entre otras cosas, sienta las bases para una definición justa y sostenible de los beneficios. La reglamentación de la LES ha permitido avanzar en el sentido de la coherencia. Bajo este mandato, el país ha venido ordenando la cobertura del sistema público de salud, definiendo qué se cubre y qué no se cubre, y de qué manera se paga (diferencialmente) por lo cubierto. Este reordenamiento implicó ajustes frente a la definición de las prestaciones cubiertas. Hoy se puede hablar de tres capas distintas. La primera comprende los beneficios que garantizan la protección colectiva del derecho a la salud, financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC). La segunda, los beneficios que garantizan la protección individual del derecho, ordenados mediante el aplicativo y procedimiento MiPrescripción -o mejor conocido como MiPres– y financiados directamente con recursos públicos. Y la tercera, las exclusiones, las cuales deben cumplir los criterios establecidos en la ley y surtir una discusión con expertos y pacientes, con amplia participación ciudadana. El sector se está moviendo –por

primera vez en años– en el sentido de la coherencia, con beneficios actualizados con los avances médicos a nivel mundial siempre con base en la evidencia científica.

Las prestaciones que garantizan la protección individual del derecho a la salud (casos individuales), que se salen de las necesidades promedio de la población, seguirán siendo financiados vía MiPres en el régimen contributivo y por las entidades territoriales en el régimen subsidiado. MiPres es una herramienta tecnológica en línea –diseñada por el MSPS e implementada desde diciembre de 2016– para prescribir servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios a los afiliados del régimen contributivo; es decir, lo que solía llamarse No POS. Su implementación ha significado la abolición de los Comités Técnico-Científicos (CTC), la reducción de trámites administrativos y el fortalecimiento de la autonomía médica. Los ciudadanos que requieren medicamentos, tecnologías o procedimientos que no están incluidos en el plan pueden recibirlos sin que medien autorizaciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), simplificando los trámites para el usuario. MiPres ha sido implementado por todas las EPS del régimen contributivo y se ha ido consolidando en las prestadoras que suministran servicios y tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios. De esta manera se desarrolló parcialmente la LES si se tiene en cuenta que este mecanismo ha fortalecido la autonomía (enunciada en el Art. 17 de la LES) así como la disposición de la información para su autorregulación.

Con la Resolución 330 del 2017 se avanzó en la implementación del mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, que permite ampliar progresivamente los beneficios. De esta manera, los pacientes tendrán derecho a que se les cubran todas las tecnologías, excepto aquellas que estén expresamente excluidas del plan de beneficios, como los son las que tienen fines cosméticos, que carecen de efectividad, seguridad y eficacia, que tuviesen que ser provistas en el exterior, que no cuenten con aprobación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) o que se encuentren en fases de experimentación.

Por otra parte, en cumplimiento del PDSP, la LES y del Art. 65 del Plan Nacional de Desarrollo (PND), se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Esta política centra la acción de salud en las personas, no en las IPS ni en las EPS. Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a su cotidianidad. Articula a todos los agentes, ciudadanos, gobiernos territoriales, EPS, prestadores de servicios, proveedores y coordina los sectores orientados al bienestar de la población para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social. La política comprende cuatro estrategias y un componente operativo (el MIAS), consistente en el marco para la organización de actores e instituciones para que los ciudadanos accedan a servicios seguros, oportunos y humanizados.

Con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) el sistema se está transformado desde la prestación básica hacia arriba y hoy existe mayor conciencia sobre la necesidad de trabajar en redes y de poner en práctica mecanismos innovadores. Con este Modelo se fortalece la atención integrada, continua, oportuna y con mayor resolutividad en los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los niveles primarios (puestos, centros y hospitales con médicos y especialidades básicas), acorde a las necesidades de salud de la población en cada territorio. Lo anterior se traduce en mayor acceso de la población a los servicios de salud, y por ende, mejores resultados en salud. Durante los últimos años el MIAS avanzó en grandes ciudades (modelo urbano) y en varios departamentos (tanto para el modelo de alta ruralidad como para el rural disperso); incluso las Fuerzas Militares y la Policía han acogido el MIAS. En particular, la implementación del MIAS en Guainía –que actuó como piloto del modelo en zonas dispersas– ha mejorado el acceso a los servicio y los resultados en salud en esa región. En este departamento no solo se ha mejorado la infraestructura en salud sino que se ha evidenciado una disminución significativa de la mortalidad materna, perinatal, neonatal y por desnutrición en menores de 5 años, entre otros impactos positivos.

Por otra parte, en lo que atañe a las tecnologías en salud, hay que tener en cuenta que las expectativas y las demandas de la población colombiana son cada vez mayores. El crecimiento de la clase media colombiana ha provocado que la gente sea más consciente de sus derechos y reclamen acceso a más tecnologías (servicios, medicamentos, dispositivos) y mejor

calidad, además de servicios complementarios que no han sido concebidos dentro del SGSSS. Adicionalmente, la judicialización ha impedido la incorporación ordenada de las nuevas tecnologías. En el país también se han pagado precios más altos por medicamentos que, por ejemplo, en el continente europeo. En conclusión, la presión demográfica, tecnológica y los altos precios de los medicamentos son una amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud (y por ende para la equidad).

No obstante lo anterior, la Política Farmacéutica Nacional-PFN (implementada desde el CONPES 155 de 2012 y que ya ha sido reconocida internacionalmente) dispone de algunos instrumentos para hacer frente a estos problemas. Hace 8 años, la política farmacéutica era apenas una idea, un conjunto de intenciones. Hoy es una política con resultados concretos y legitimidad social. El control de precios de medicamentos (mil medicamentos controlados), las compras centralizadas, los avances en la promoción de la competencia y la transparencia (en las relaciones de valor entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud) han aportado a la sostenibilidad del sistema y a la democratización del acceso.

Con la regulación de miles de medicamentos, utilizando una metodología basada en la referenciación internacional de precios, se ha logrado una caída promedio de, al menos, un 40% en los valores internos. Los ahorros obtenidos superan el billón de pesos por año, los cuales ha sido reinvertidos en la salud de los colombianos.

También se han eliminado algunas barreras de entrada innecesarias a la comercialización de medicamentos biosimilares, es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos, promoviendo su competencia. Adicionalmente, se ha fortalecido la capacidad técnica para la evaluación de tecnologías en salud, se avanzó en materia de transparencia en las relaciones con la industria farmacéutica, el pago por valor (muchas tecnologías, aún, cuestan mucho y aportan poco) y en promover el uso racional de medicamentos.

En coordinación con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), en 2017 se concretó el mecanismo para aplicar en Colombia la negociación centralizada de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, contemplada en el Art. 71 del PND, específicamente en lo relativo a los tratamientos contra la Hepatitis C. También, en conjunto con el IETS, se cuenta con una metodología para el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos a la entrada según lo dispuesto en el Art. 72 del PND. Esta responde a la realidad del mercado colombiano, el desarrollo de conceptos como valor terapéutico y a los criterios de operacionalización de la PFN.

Por otra parte, el inicio de la operación de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) culminó un proceso de fortalecimiento institucional que permitirá un mejor flujo y un mayor control a los recursos para la salud (incluidos los recobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios) dando cumplimiento a lo ordenado por el Art. 67 del PND. Contempla una estructura de financiamiento más sencilla, con control directo sobre el flujo de los recursos y el sistema de información relacionado, así como un mayor control y seguimiento que se traduce en la protección de los recursos del sistema de salud. Por lo tanto, esta estrategia mejorará la transparencia en el manejo de los recursos y fortalecerán las medidas de liquidez a hospitales, entre otros aspectos.

En cuanto a la estrategia de depuración del sector, se logró finalizar los complejos procesos de liquidación de algunas EPS como CAPRECOM y SALUDCOOP. El pago de las deudas de la liquidada CAPRECOM con los hospitales y clínicas estuvo acompañada de $500.000 millones de la Nación en el último año (y completando un billón en total). Estos recursos se utilizaron en la medida en que se vendieron los activos de la entidad. Todo esto permitirá superar la incertidumbre y la falta de confianza entre los actores del sistema.

Igualmente se sigue perseverando en las soluciones a los problemas financieros del sector. Las respectivas medidas comprenden el saneamiento de deudas, nuevos recursos para el sistema (como el medio punto del IVA y mayores impuestos al tabaco y licores), la recuperación patrimonial de las entidades del sector, nuevos instrumentos financieros como la compra de cartera, los créditos blandos, los bonos convertibles en acciones y mayor liquidez.

Ya existe una ruta de capitalización marcada por el Decreto 2702 de 2014 (régimen de solvencia de EPS). Implica la capitalización de las EPS para que sean cada vez más sólidas y con ello proteger a los proveedores de tecnologías en salud. El decreto definió las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Señaló la obligación que tienen las aseguradoras de calcular, constituir y mantener actualizadas sus reservas técnicas que les garanticen cumplir con el pago de sus deudas y prestar los servicios de salud con calidad; obliga a cumplir con un régimen de capital mínimo, inversiones y patrimonio adecuado. Tan solo en 2017 se calcula que la capitalización de las EPS ronda los 125 mil millones de pesos. En los últimos años se habría logrado un fortalecimiento que supera el billón de pesos. También se avanzó en la habilitación técnica de la EPS.

En cuanto a la liquidez se destaca el giro directo desde el FOSYGA y ahora desde la ADRES. Con ello, durante 2017, el giro de recursos de la Nación de manera directa a los prestadores y proveedores fue del orden de $11,2 billones. Así, los recursos girados superan los $51 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. Alrededor del 70% de los recursos de la UPC está llegando directamente a las IPS y proveedores que prestan servicios a los afiliados de las EPS del régimen subsidiado y de manera oportuna. También se ha implementado el giro en el contributivo, en aplicación del Art. 259 de la Ley del PND.

Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera a las IPS. En 2017, la compra registró 109 mil millones de pesos beneficiando a 142 prestadores, en su mayoría públicos. Desde su implementación en 2013, se han superado los $1,7 billones en estas operaciones, mejorando la situación financiera de 446 hospitales y clínicas a lo largo del país.

Para recuperar la legitimidad y confianza, también se ha dado un importante fortalecimiento en el sistema de información (con aplicaciones en línea e interoperables como Mi Seguridad Social, ClicSalud y el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT, MiPres, entre otras), la evaluación de las políticas públicas en salud (para la toma de decisiones basadas en evidencia), encuestas en salud y la capacidad técnica ("tecnocracia") tanto en el Ministerio como en las entidades fundamentales del sector (Supersalud, INS, INVIMA, ADRES, entre otras). Hoy se puede decir que estas entidades están dirigidas por expertos.

En materia de gestión del Ministerio, se ha desarrollado la ley de transparencia en el sector, se dio cumplimiento al principio de austeridad inteligente en el gasto y se mejoró la ejecución presupuestal. En 2017, tanto el Sector Administrativo de Salud y Protección Social como el MSPS –con ejecuciones del 99,6% y 99,9% de su apropiación, respectivamente– ocuparon los primeros lugares entre todos los sectores y entidades del orden nacional.

Adicionalmente, se ha logrado –de manera consecutiva– el fenecimiento de la cuenta fiscal por parte de la Contraloría General de la República, se mantuvieron las certificaciones en las normas técnicas ISO 9001:2008 (calidad), ISO 27001:2013 (seguridad de la información) y se obtuvo por primera vez el certificado en la norma OHSAS 18001:2007 (seguridad y salud ocupacional). También se ha dado un importante fortalecimiento en materia de evaluación de las políticas públicas en salud (para la toma de decisiones basadas en evidencia), obtención de nuevos datos en salud y de la capacidad técnica ("tecnocracia") tanto en el Ministerio como en las entidades fundamentales del sector (INS, INVIMA, Supersalud, ADRES, entre otras).

Por otra parte, en línea con lo propuesto en las bases del PND, se ha logrado fortalecer a las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas para mejorar acceso, servicio y calidad. Tan sólo en 2017, se destinaron 231 mil millones de pesos del PGN para dotación, equipos médicos e infraestructura de la red pública de servicios de salud, incluidos los hospitales y centros de salud de 273 municipios y corregimientos, especialmente en zonas apartadas; algunas de ellas afectadas históricamente por el conflicto armado. Al sumar las distintas fuentes de financiamiento (inversión PGN, transferencias y regalías) los recursos destinados a la mejora de la infraestructura y dotación de la red pública de prestación de servicios han sido superiores los dos billones de pesos desde 2010.

También en el marco del posconflicto, el Ministerio dio respuesta con acciones concretas. Se afilió de manera expedita a los reincorporados de las FARC al régimen subsidiado, se efectuó despliegue de médicos y ambulancias en los Espacios Territoriales de Consolidación y Reincorporación–ETCR (antes zonas veredales), se emprendió un proyecto de salud en los 25 municipios donde se localizan los ETCR, se adelantó el diagnóstico de capacidad instalada en municipios priorizados en el marco de construcción de los PDET y se avanzó en la planificación concertada de las acciones más inmediatas; esto es, Plan Marco de Implementación, Plan Nacional de Salud Rural y Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

Ante el fenómeno migratorio desde Venezuela, el Gobierno se realizó el dimensionamiento de la problemática y el registro de personas. Así mismo, se brindó atención en salud, se fortaleció la notificación de eventos en salud pública en los inmigrantes, se realizaron acciones de vacunación, ajustes normativos y de política, aseguramiento, apoyo a los territorios de frontera, se efectuó gestión intersectorial, de cooperación internacional y financiación desde el nivel nacional, entre otros aspectos.

Más allá de los logros ya expuestos, como retos clave para el sistema de salud está pendiente: cerrar aún más las brechas en salud, instar a un mayor trabajo intersectorial en torno a las dimensiones comprendidas en el PDSP, consolidar la política de atención integral en salud, ajustando lo necesario y avanzando en la implementación del MIAS, desarrollar la gestión integral del riesgo, mayores incentivos entre los actores del sistema y el talento humano en salud, fortalecer la promoción y prevención, los hábitos saludables y el autocuidado, continuar con los esfuerzos de control al tabaco y de regulación sobre otros productos nocivos para la salud como las bebidas azucaradas, continuar implementando la ley estatutaria y desarrollar aún más los mecanismos de protección y de exclusiones, consolidar la política farmacéutica y el control de precios de tecnologías, perseverar en el equilibrio y saneamiento financiero, aumentar la confianza pública en el sistema, consolidar el sistema de información del sector y –en materia de descentralización– realizar reformas a las competencias territoriales y hospitales públicos.

Dicho este contexto, el presente documento resume los resultados más destacados del año 2017, los cuales se dividen en nueve (9) bloques: i) Resultados del sistema de salud; ii) Salud pública, promoción y prevención; iii) Implementación de la Ley Estatutaria en Salud; iv) Consolidación de la política farmacéutica; v) Fortalecimiento y depuración sectorial; vi) Otros resultados de la gestión del Ministerio; vii) Infraestructura y dotación de la red pública; viii) Acciones del sector salud en el marco del posconflicto; y, ix) Acciones ante el fenómeno migratorio desde Venezuela.

I. Resultados del sistema de salud

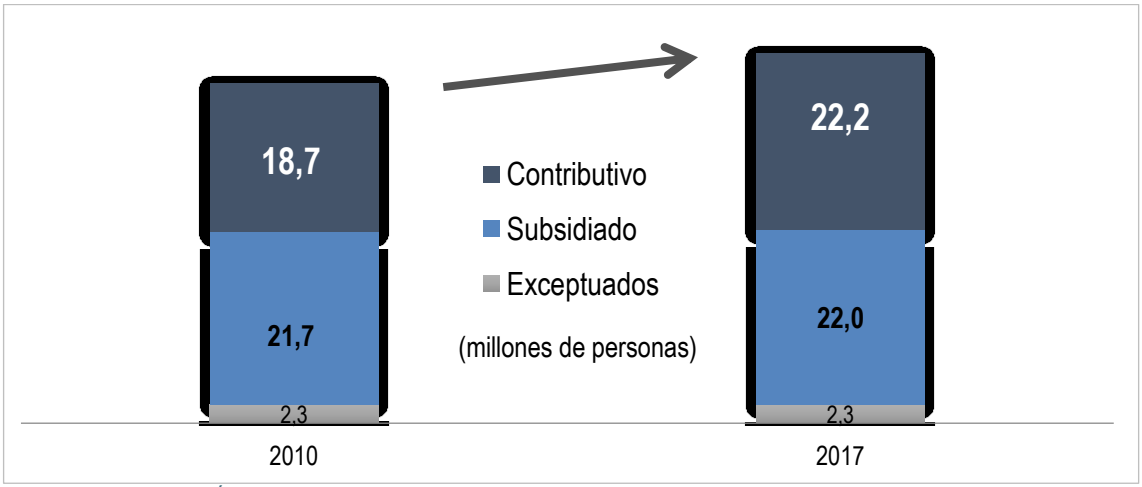
Los distintos esfuerzos y medidas mencionados en la parte introductoria de este documento han permitido dar continuidad y consolidar los resultados alcanzados por el sistema de salud en Colombia. Algunos de estos logros se exponen a continuación.

Cobertura del sistema

Hace un par de décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano. En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud. El aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente. La baja cobertura se traducía en menor acceso. En contraste, una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios de salud de los más pobres y contribuye al cierre de las brechas sociales.

Hoy, casi la totalidad de los habitantes de Colombia hacen parte del sistema de salud. Según los registros administrativos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, para 2017 el 95% de la población en Colombia (cerca de 47 millones de personas) contaba con afiliación a salud, cifra considerada como una cobertura prácticamente universal. En el régimen subsidiado el número de afiliados alcanzó 22 millones, en el régimen contributivo 22,2 millones y existe un estimado de 2,3 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados[3] (ver gráfico siguiente).

Gráfico. Afiliados a salud en Colombia



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y cálculos propios Minsalud, a Dic. de cada año.

[3] Para el mes de diciembre de 2017, se registró un 94,9% de cobertura que corresponde a 46.767.327 personas afiliadas a salud, de las cuales 22.045.454 corresponden al régimen contributivo y 22.434.577 al régimen subsidiado. En el régimen de excepción se encontraban 2.287.296 personas. Esta cobertura tiene como referente una población proyectada –a partir de estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)– de 49.291.609 habitantes en Colombia.
Similares resultados se obtienen a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) efectuada por el DANE que encontró que, para el 2017, el 94,6% de la población colombiana manifestó estar afiliada al SGSSS.

Adicionalmente, es importante mencionar que en el sistema ya no existen pacientes de primera y segunda categoría porque se unificaron los planes de beneficios[4]. Sin distingo de clases, todos pueden acceder a un plan de beneficios en salud que se mantiene al día con los avances científicos a nivel mundial; con ello, el sufrir una enfermedad que exige tratamientos costosos no implica una angustia adicional para las familias. Al igual que en los últimos años, durante el 2017 se mantuvieron los esfuerzos para garantizar los recursos necesarios que dan continuidad y sostenibilidad a la igualación del plan de beneficios así como la actualización y ampliación del mismo.

Actualización y ampliación del plan de beneficios

En este último año, el MSPS finalizó un nuevo proceso de actualización integral del plan de beneficios (Resolución 5269 de 2017) y de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS (Resolución 5171 de 2017) avanzando hacia un plan más implícito e implementando la Ley Estatutaria. La actualización del plan también da cumplimiento a la orden 18 de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, relacionada con la revisión anual de medicamentos genéricos y esenciales.

En esta última actualización de 2017 se incorporaron 112 tecnologías en salud al plan de beneficios en salud: 32 procedimientos, 78 principios activos y 2 dispositivos. Aunque son 112 inclusiones, en la práctica se trata de 278 nuevas opciones terapéuticas –varias tienen más de una indicación– que solas o en diferentes combinaciones permiten la atención de 137 patologías.

Esta actualización integral del PBS incluye, entre otras tecnologías, las laparoscopias más utilizadas por los médicos en Colombia; complementos para el tratamiento del VIH y diversos tipos de cáncer (nuevas formas de quimio y radioterapia); y medicamentos para la prevención y el manejo agudo de la migraña, el estreñimiento, la hipertensión arterial pulmonar, el asma en niños y el trastorno obsesivo compulsivo.

Esta actualización integral del PBS priorizó las tecnologías según la carga de enfermedad y las que fueran primera línea de tratamiento. Así mismo, eliminó algunas aclaraciones o excepciones susceptibles de fragmentar la atención o de convertirse en barreras de acceso.

Desde el 2010, 510 tecnologías en salud han sido incorporadas al plan de beneficios, incluidos medicamentos para patologías de alto costo como el cáncer, la artritis, la esclerosis múltiple y otras costosas enfermedades.

Adicionalmente, con la expedición de la nueva CUPS, que contó con el consenso de expertos de distintas sociedades científicas, se pasó de 8.192 a 9.761 procedimientos.

Ajuste a la Unidad de Pago por Capitación – UPC

Con el ajuste de la UPC o prima del mecanismo de protección colectiva, en diciembre de 2017 el MSPS publicó los porcentajes que corresponden a las actualizaciones del plan de beneficios y a los servicios que ya se venían prestando. De acuerdo con la Circular 047 de diciembre de 2017, para la vigencia 2018 se fijó el incremento de la UPC en 7,83%[5], del cual

[4] Las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado y la falta de una actualización integral del plan de beneficios habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional. Es así como en estos últimos años anteriores se centraron buena parte de los esfuerzos en la unificación y actualización de estos planes. En este sentido, varios acuerdos y normas expedidos hasta el 2012 permitieron la unificación total del plan. Desde julio de ese año, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

[5] Para el régimen contributivo la prima base pasó de $746.046 en 2017 a $804.463,2 en 2018. Entre tanto, para el subsidiado pasó de $667.429,2 en 2017 a $719.690,4 para 2018, según la Resolución 5268 de 2017. De esta manera, el Gobierno completa, entre otras tecnologías, los medicamentos de

el 3,73% corresponde a la actualización integral de los beneficios en salud y el 4,1% al incremento de los servicios que se venían prestando. El incremento en los servicios tuvo en cuenta una inflación esperada del 3,5%.

Entre tanto, para definir el ajuste en el valor de los servicios de salud para la vigencia 2018, de conformidad con las normas vigentes, las EPS y las IPS deben sujetarse a los siguientes criterios:

- El incremento se aplicará sin excepción a todas las IPS públicas o privadas.
- Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de igual calidad, el incremento sea igual.
- Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan.
- El incremento deberá guardar proporcionalidad con el ajuste que se reconozca para mantener el valor adquisitivo de la UPC.
- Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).
- Para toda clase de contratos, en particular los de la modalidad per cápita, se debe pactar el suministro de información detallada, de tal forma que permita el reporte oportuno de los datos respectivos al MSPS.

Además existen las siguientes consideraciones relacionadas con el cálculo de la UPC o prima que el SGSSS reconoce a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los beneficios en salud contenidos en el mecanismo de protección colectiva:

- Se hace sin distinción o segmentación alguna por servicios o tecnologías en salud, niveles de complejidad, aseguradoras, clase de prestadores de servicios de salud u observando las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios.
- El incremento del valor de la UPC se calcula considerando la inflación esperada y los diversos grupos de riesgo de edad, sexo y zona geográfica. Esto es cerca de 154 UPC o primas de aseguramiento colectivo. Entre otras consideraciones, estas primas tienen valores diferenciales por zona geográfica (4), así como por grupos de edad y sexo (14). Esto sin tener en cuenta los valores adicionales o diferenciales del régimen subsidiado[6].

El incremento de la UPC y los datos por EPS y régimen en que operan tienen carácter de informativo y, en ese contexto, el MSPS no interviene en las relaciones entre los responsables de pago y los prestadores de servicios de salud, las cuales pueden darse en distintas modalidades que originan variación de los incrementos y los cuales pueden estar asociados a diversos factores. En todo caso, para la contratación caso las EPS e IPS debe soportarse en notas técnicas, de conformidad con la Resolución 5268 de 2017.

---

primera línea para la atención del cáncer y el VIH en niños y adultos, las radioterapias conformacional y de intensidad modulada, algunos procedimientos por vía endoscópica, los medicamentos para la prevención de tromboembolismo venoso profundo en remplazo de cadera y los medicamentos de primera línea para el manejo del estreñimiento en niños y adultos, para el manejo de la enfermedad de Alzheimer, para la prevención y el manejo de la migraña, y para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar; también se amplía la financiación del stent medicado y del kit de ostomía, según la Resolución 5269. Cabe señalar que el ministerio –con base en la información de los actores- calcula cerca de 154 UPC o primas de aseguramiento colectivo.

[6] .Entre otras consideraciones, estas primas tienen valores diferenciales por zona geográfica, así como por grupos de edad y sexo. Así, se reconocen primas con mayor valor para los menores de un año, los mayores de 70 años y más, al igual en mujeres entre 19 y 44 años de edad, en virtud de existir un mayor riesgo para estas poblaciones. Adicionalmente se cuenta con una prima adicional en el régimen subsidiado para las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, en desarrollo de la prueba piloto que iguala la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado al contributivo, para el año 2017 en $801.788,4 y para el año 2018 en $864.568,8. Los porcentajes adicionales que se reconocen por zona geográfica, son: Zona Especial por dispersión 10% y 11,47%; en ciudades 9,86% y 15,0%; zona alejada del continente: 37,9% y 37,9%, para el régimen contributivo y subsidiado, respectivamente.

Acceso a los servicios y calidad

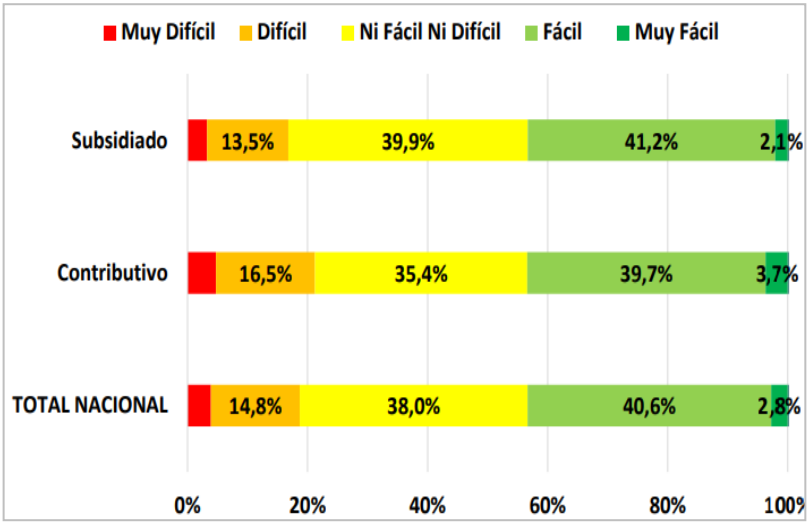
El acceso a los servicios de los sistemas de salud se entiende como "la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita" (OPS, 2007) así como contar con la protección financiera y la representación apropiada en la gestión de los servicios de salud cuando se requiera dicha atención. El acceso a la atención individual en salud frente a los médicos y prestadores se refiere a la capacidad de la oferta de servicios para permitir el uso directo de los servicios tan pronto como las personas requieran contar con la atención, de acuerdo a su condición clínica. De esta manera, existen dificultades de acceso cuando la capacidad demandada es menor a la ofertada, o cuando no hay una disponibilidad apropiada (horarios de atención, instalaciones físicas). Adicionalmente, otros factores condicionan las posibilidades de acceso, como la localización geográfica, medios de comunicación y transporte, capacidad funcional, o los relacionados con el comportamiento y cultura de las personas, que les previene de usar los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

En este mismo sentido y con el fin de indagar la manera en que los usuarios perciben los servicios recibidos por las EPS, desde 2014 el MSPS realiza anualmente una Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS[7]. Los resultados son variados:

Una de las maneras de medir el **acceso** con esta encuesta es a través del cálculo del cociente de los usuarios que respondieron "Fácil" o "Muy fácil" sobre el total de usuarios que respondieron a la pregunta: *"En general, en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue…"*.

En 2017, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue aproximadamente 43% (ver gráfico siguiente). Este mismo indicador en 2014 fue de 54%; en 2015, 43% y en 2016, 49%.[8]

Gráfico. Acceso a los servicios de salud



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

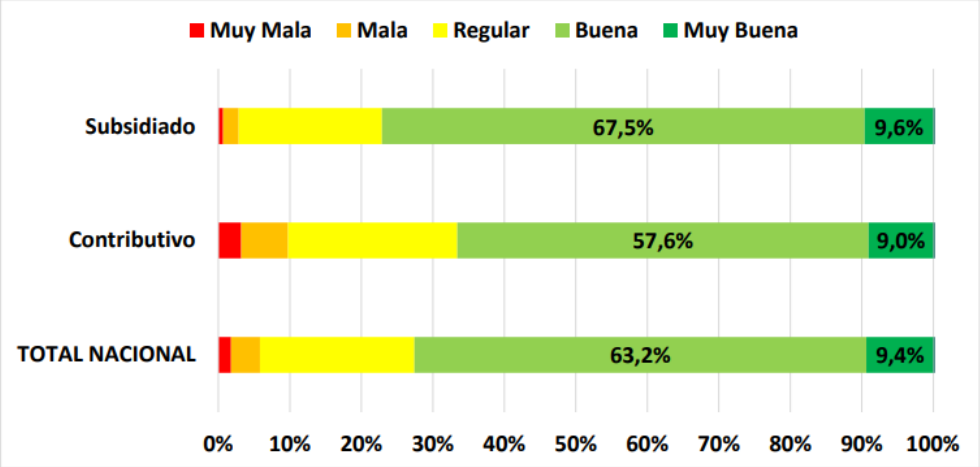
[7] Para mayores detalles de esta encuesta, se sugiere consultar los siguientes enlaces del Observatorio de Calidad en Salud: http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx , http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx y https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/visor-encuesta-satisfacion-eps-2017.pdf .

[8] Si bien el indicador desmejoró, en esta encuesta se obtuvo que la proporción de usuarios que utilizaron la tutela o el derecho de petición para obtener un servicio disminuyó con respecto al año anterior. El resultado también contrasta con que el 86% de los usuarios consideró que podrá acceder de forma oportuna o a tiempo a los servicios de salud necesarios a través de su EPS, en el caso que llegaran a estar gravemente enfermos. Este porcentaje resultó prácticamente igual al obtenido el año inmediatamente anterior.

Para medir **satisfacción** con esta encuesta, se calcula el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" sobre el total de usuarios que respondieron a la pregunta: *"Pensando en los últimos 6 meses, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?".*

Los resultados de 2017 arrojaron que cerca del 73% de los encuestados respondió como "Buena" o "Muy buena" a esta pregunta (ver gráfico siguiente). Este mismo indicador en 2014 marcó 70%; en 2015, 74% y en 2016, 73%. Se destaca que el 77% de los usuarios del régimen subsidiado están satisfechos con su EPS.

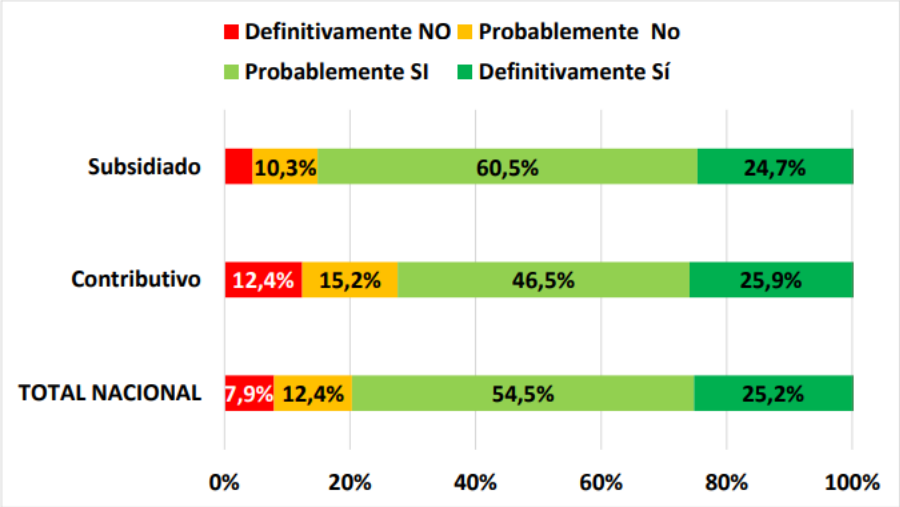
Gráfico. Satisfacción global



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Uno de los resultados interesante tiene que ver con la respuesta a la pregunta, *"¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?"* en la cual se unen las categorías de "Probablemente sí" y "Definitivamente si". Cerca de **un 80% de los usuarios expresa que recomendaría su EPS**. Este porcentaje alcanzó el 83% en 2014, 80% en 2015 y en 2016. Cuando se detalla por régimen, se observa una mayor tasa de adherencia en el régimen subsidiado, alcanzando un 85%.

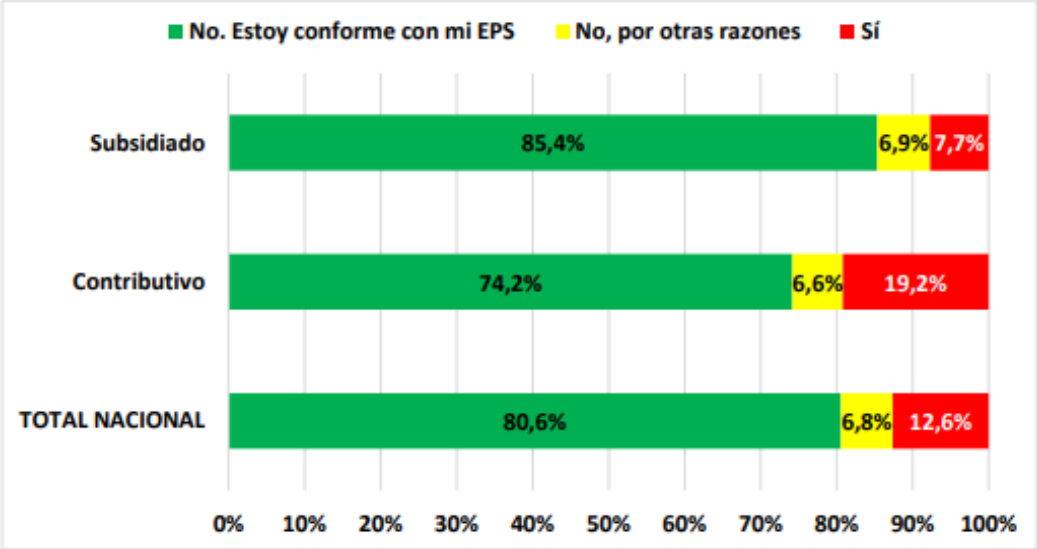
Gráfico: Recomendación de la EPS



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Ante la pregunta "*¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS?*", se obtuvo que aproximadamente el 13% lo harían. Este valor fue de 13% en 2014, 15% en 2015 y 13% en 2016. La proporción de personas que manifestaron haber pensado en cambiarse de su EPS actual, es significativamente mayor en el régimen contributivo, donde el 19% de los usuarios han pensado en hacerlo.

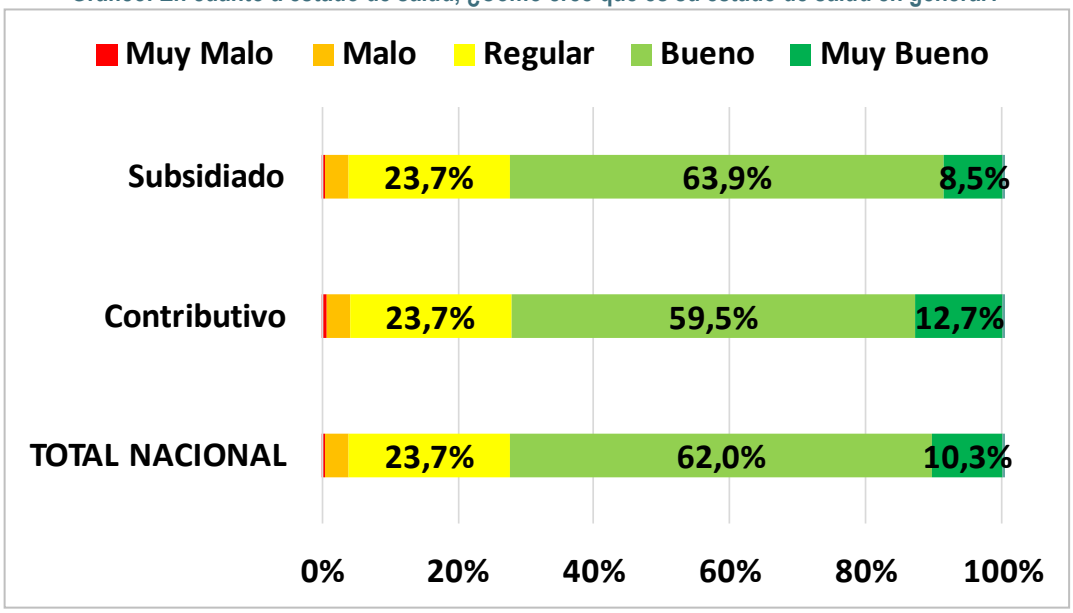
Gráfico: Lealtad con la EPS: "¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS?"



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Finalmente, en la encuesta 2017 **los usuarios declararon que su estado de salud era "muy bueno" o "bueno" ronda el 72%** (ver gráfico siguiente). En 2015, marcó 70% y en 2016 también fue de 72%

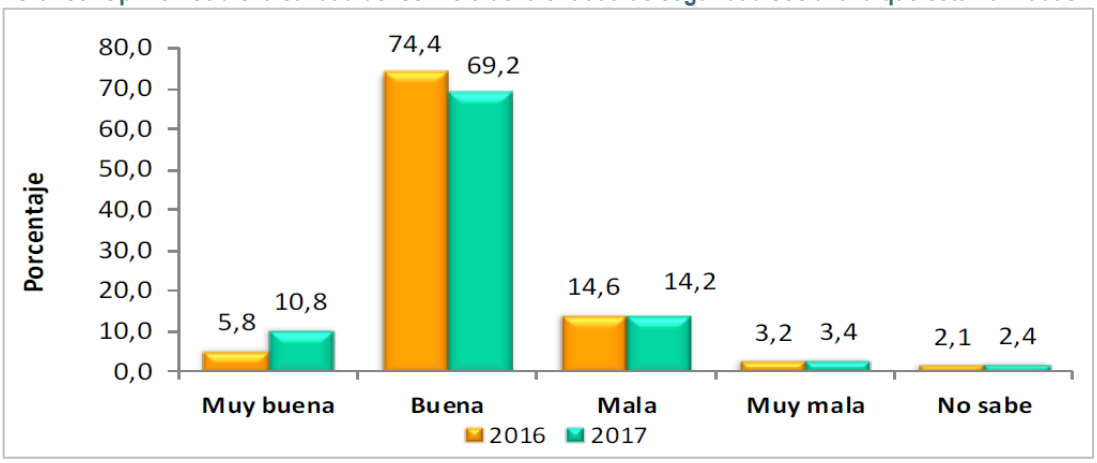
Gráfico. En cuanto a estado de salud, ¿Cómo cree que es su estado de salud en general?



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Un ejercicio interesante consiste en contrastar algunos de estos resultados obtenidos por Minsalud con los que calcula el DANE a través de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV). Según esta encuesta, en 2017 **el 80% de las personas que manifestaron estar afiliadas a seguridad social en salud opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena o muy buena** (ver gráfico siguiente).

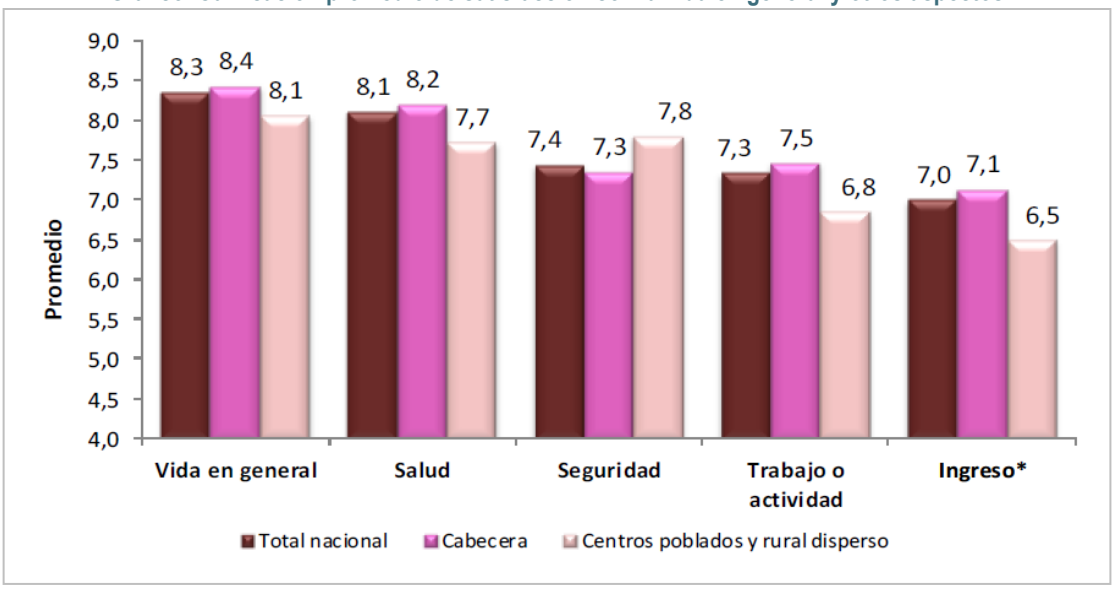
Gráfico. Opinión sobre la calidad del servicio de la entidad de seguridad social a la que están afiliadas.



Fuente: DANE-ECV
Nota: Variaciones estadísticamente significativas para las opciones "muy buena" y "buena"

La ECV de 2017 también incluyó una serie de preguntas sobre bienestar subjetivo para conocer, entre otros temas, qué tan satisfechas se sienten las personas de 15 años y más con su vida en general y con algunos aspectos específicos, y qué tanto valoran las cosas que hacen en su vida. En el caso de la satisfacción con la vida, las respuestas arrojaron una calificación promedio de cerca de 8 puntos para el total nacional. **El aspecto específico de la vida mejor calificado fue la salud**, seguido por la seguridad, el trabajo o actividad desempeñado y, por último, el ingreso.

Gráfico. Calificación promedio de satisfacción con la vida en general y otros aspectos



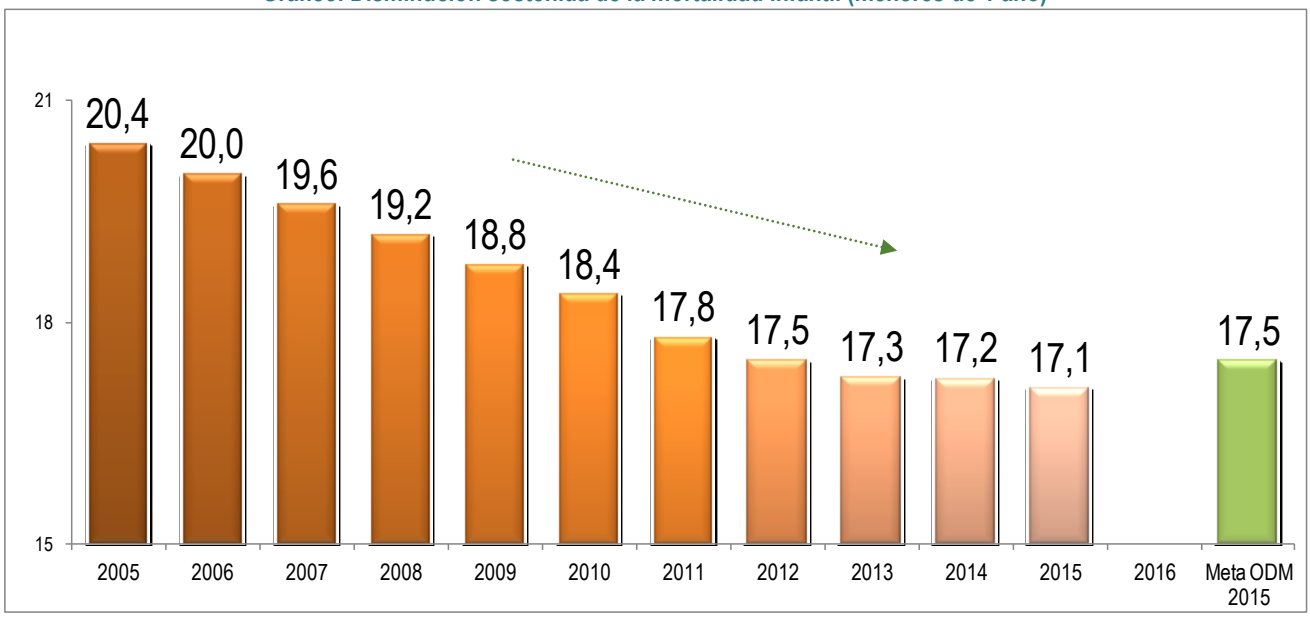
Fuente: DANE-ECV
Nota: Para calificar la satisfacción se utilizó una escala de 0 a 10, donde 0 significa "totalmente insatisfecho(a)" y 10 significa "totalmente satisfecho(a)". Se calcula sobre las personas de 15 años y más que manifestaron percibir ingresos.

Resultados en salud

Los avances del SGSSS de los últimos años han resultado en mejoras significativas en el bienestar y salud de la población. La esperanza de vida al nacer ha progresado a una tasa similar a la de otros países de la región. La mortalidad infantil ha disminuido sustancialmente y de manera sostenida durante los últimos 10 años, cumpliendo prácticamente y de manera anticipada con las metas que se había impuesto el país. La mortalidad en la niñez y materna también han caído (ver gráficos siguientes).

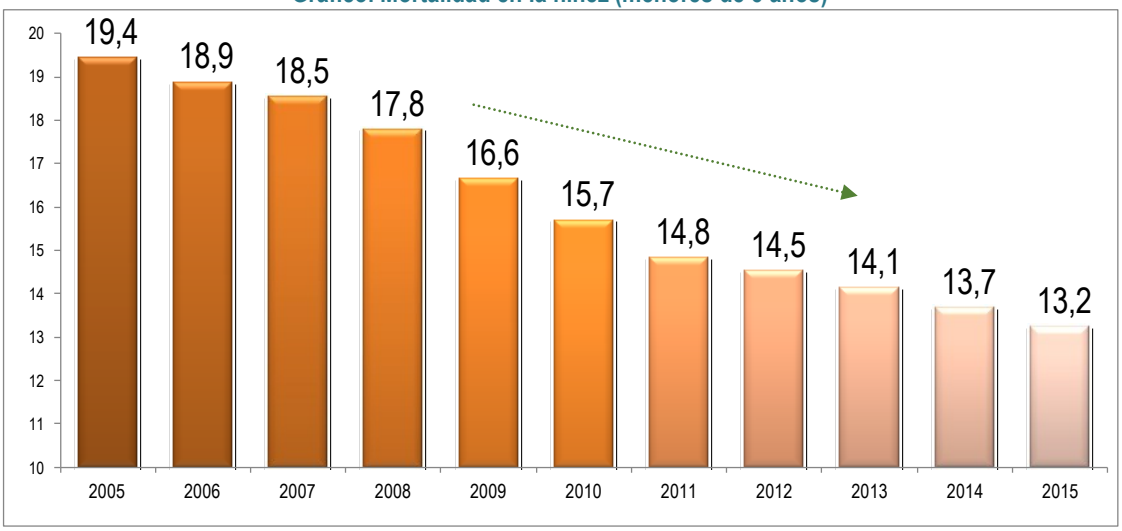
La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años pasó de 13,4 (por cada 100 mil) en 2005 a 3,3 en la actualidad. La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en este grupo de edad pasó de 25,1 (por cada 100 mil) en 2005 a 13,2 en la actualidad mientras que la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años pasó de 14,9 (por cada 100 mil) en 2005 a 6,8 en la actualidad.

Gráfico. Disminución sostenida de la mortalidad infantil (menores de 1 año)



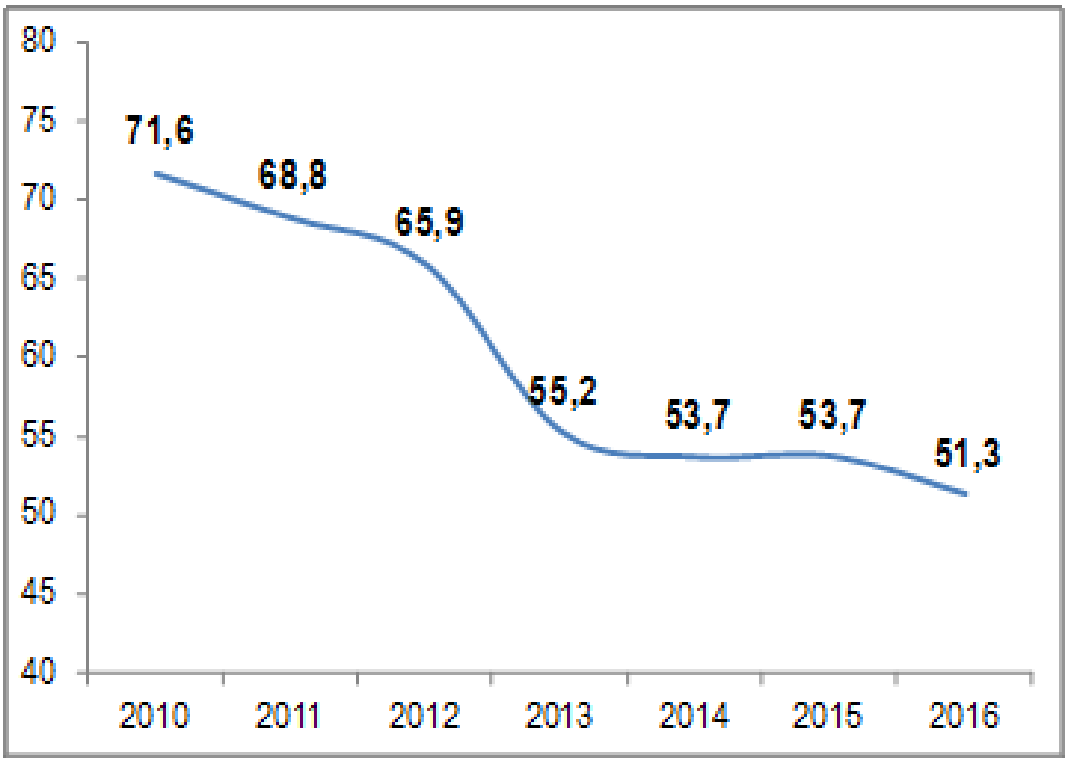
Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales) y DNP/CONPES Social 140 de 2011 (ODM-Objetivos del Milenio).
Nota: La mortalidad infantil se mide como una tasa ajustada por cada mil nacidos vivos. La calcula el DANE mediante técnicas de estimación demográfica.

Gráfico. Mortalidad en la niñez (menores de 5 años)



Fuente: DANE-EE.VV. Nota: Se mide como una tasa por 1.000 nacidos vivos para los menores de 5 años

Gráfico. Razón de mortalidad materna



Fuente: DANE-EE.VV y Módulo de Nacimientos y Defunciones (NN.DD.)-RUAF (SISPRO)
Nota: Se mide a los 42 días como una razón por cada 100 mil nacidos vivos

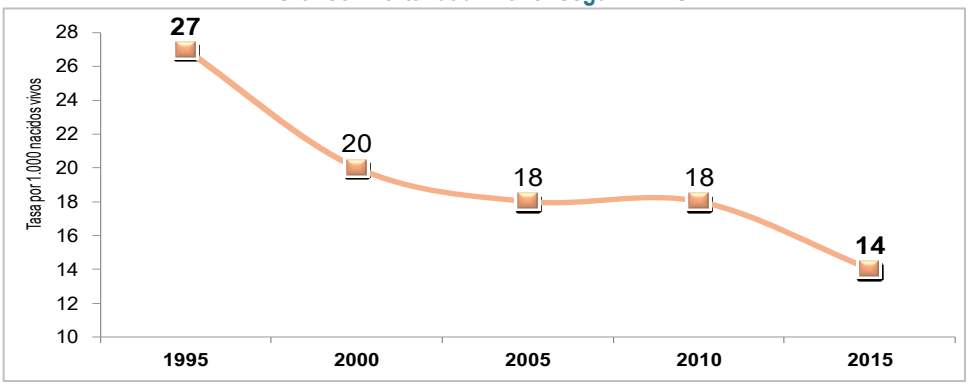
También ha aumentado el acceso a los servicios relacionados con salud reproductiva (ver gráfico sobre control prenatal) con un efecto significativo sobre la disminución de los riesgos asociados al embarazo y al parto y sobre el descenso en la mortalidad perinatal e infantil.

Gráfico. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal

Fuente: Minsalud-SISPRO, EEVV-DANE y RUAF-Nacimientos y Defunciones
p: dato preliminar para 2016 y 2017 con base en RUAF-NN.DD.

Este tipo de logros ya habían sido corroborados por la más reciente Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS publicada el año anterior[9] y cuyos resultados igualmente fueron incluidos en la versión 2016 del informe de gestión del MSPS[10]. No obstante, es importante exponer nuevamente algunos de ellos. Por ejemplo, en 1990 se presentaba una tasa de 27 por mil nacidos vivos y ahora se ubicó en 14 según la ENDS, lo que representa una disminución del 48% en la tasa total.

Gráfico. Mortalidad infantil según ENDS

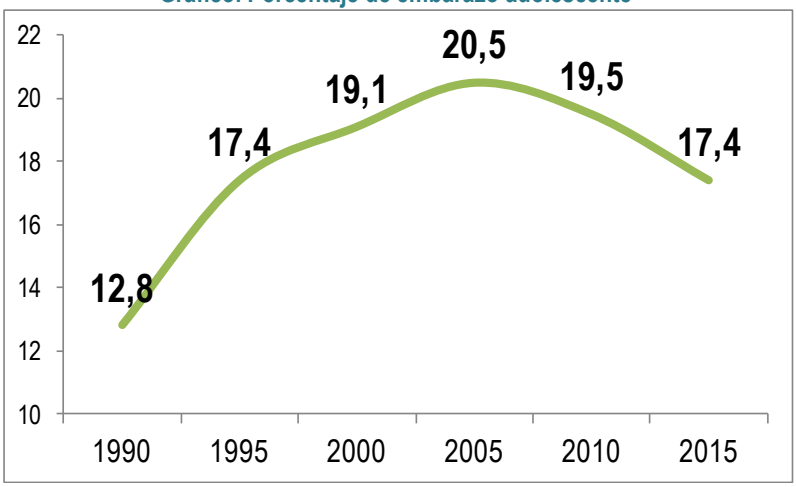


Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en ENDS
Nota: Se mide para los niños y niñas menores de un año como una tasa por cada 1.000 nacidos vivos

[9] Para más detalles, se sugiere consultar el informe completo de la ENDS, disponible en el Repositorio Digital del Ministerio, en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ends-2015.zip, y el resumen ejecutivo disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf
[10] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-2016-rendicion-cuentas.pdf

A partir de 2010, como lo confirman los hallazgos de la ENDS, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija disminuyó pasando del 20,5% en 2005 al 17,4%. Vale la pena resaltar que el descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija se presentó en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años.

Gráfico. Porcentaje de embarazo adolescente

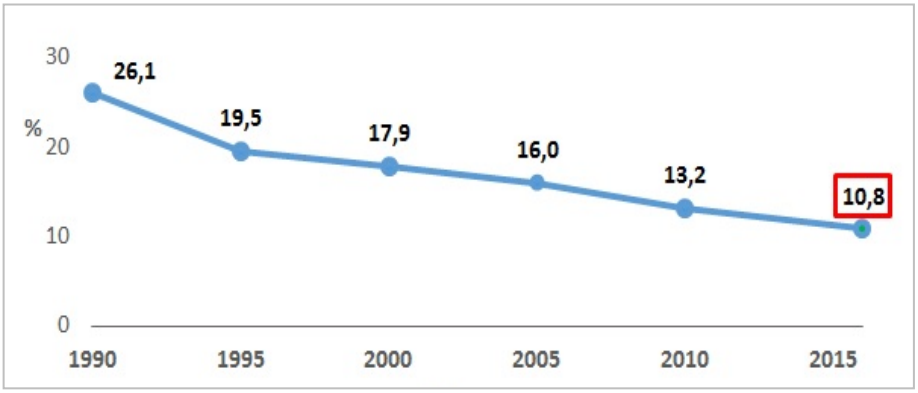


Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en ENDS
Nota: Se mide como el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a)

También se evidenció a nivel nacional un aumento en la atención prenatal brindada por parte de personal calificado con respecto al número de visitas prenatales de control: el 92% obtuvo cuatro visitas o más en la zona urbana y el 83,7% en la zona rural. Estas cifras evidencian un aumento del 1 y 3%, respectivamente, con respecto a la encuesta anterior.

Por otra parte, el año inmediatamente anterior se conocieron algunos resultados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional-ENSIN[11], que mostró una notable reducción de la desnutrición crónica (baja talla para la edad) en menores de 5 años (ver gráfico) y también una disminución del mismo indicador en escolares y adolescentes.

Gráfico. Desnutrición crónica en menores de 5 años



Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en la ENSIN
Nota: El porcentaje se calcula para niños y niñas menores de 5 años

[11] La ENSIN hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (SNEE) establecido por el MSPS en 2013, el cual tiene como fin dirigir todos los estudios de interés para la salud del país. En la última encuesta participaron el Instituto Nacional de Salud (INS), Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Universidad Nacional de Colombia y el MSPS. Contó también con el apoyo de entidades como el DANE, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia (ACAC).

Otros resultados de la ENSIN

Los resultados más relevantes de la encuesta se presentan según algunas de las condiciones socioeconómicas de los hogares y de las diferentes etapas de la vida, así:

Primera infancia (0 a 4 años). La situación nutricional de un niño o niña y su sobrevivencia hasta los 5 años dependen directamente de sus prácticas de alimentación.

- Además de la reducción de la desnutrición crónica, Colombia continúa dentro de la meta de 5% establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desnutrición aguda o indicador de peso para la talla. En 2015 alcanzó 2,3%, sin embargo fue superior al 0,9% presentado en 2010.
- La desnutrición global, que marca el peso para la edad, afecta a 3,7% de los menores del país, menos de la mitad del registro de 1990, cuando impactaba a 8,6% de los menores de 5 años.
- Similar a la tendencia mundial, el exceso de peso –que incluye tanto sobrepeso como obesidad– subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015; sin embargo, en el país es más baja la situación con respecto a Centroamérica (7,4%) y a Suramérica (7,0%).
- El 72 por ciento de los menores de 2 años de edad recibió lactancia materna en su primera hora de vida, con lo que Colombia superó la meta establecida por la OMS y el UNICEF de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna en al menos 70 por ciento.
- En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS.
- El 41% de niños de seis a 23 meses de edad amamantados y no amamantados tienen una dieta mínima aceptable, que contempla frecuencia y variedad de alimentos mínimos.
- Tres de cada diez niños y dos de cada diez niñas de tres a cinco años de edad practican actividades de juego que generan sudoración y aumento de la respiración (juego activo).

Menores en edad escolar, de 5 a 12 años. La edad escolar es una fase crucial durante la cual los menores experimentan un crecimiento continuo, consolidan sus gustos y hábitos alimenticios y se empiezan a adaptar a la alimentación de adulto.

- Siete de cada 100 menores en edad escolar presentan desnutrición crónica. En los indígenas, 30 de cada 100 menores presentan este problema, mientras que esta situación se extiende a 11 de cada 100 niños de los hogares más pobres del país.
- El exceso de peso en los menores en edad escolar se incrementó de 18,8% en 2010 a 24,4% en 2015.
- El tiempo excesivo frente a pantallas, aquel dedicado a actividades sedentarias como ver TV o jugar con videojuegos, afecta a siete de cada diez escolares de áreas urbanas, frente a cinco de cada diez de zonas rurales. El problema es más marcado entre la población de mayores ingresos, afectando a ocho de cada diez menores.

Adolescentes, de 13 a 17 años**.** La adolescencia demanda mayor consumo de alimentos ricos en energía, proteínas y micronutrientes.

- La desnutrición crónica afecta a uno de cada diez de los adolescentes del país, concentrándose en indígenas (36,5%), los más pobres de la población (14,9%) y aquellos que viven en zonas rurales (15,7%).
- Uno de cada cinco adolescentes (17,9%) presenta exceso de peso.
- Ocho de cada diez adolescentes permanecen más de dos horas frente a una pantalla, en especial entre quienes viven en áreas urbanas y aquellos con ingresos medios y altos.

Jóvenes y adultos, de 18 a 64 años. Las responsabilidades de la adultez afectan en muchos casos la alimentación, dedicándole poco tiempo, consumiendo más alimentos procesados y menos comidas preparadas en casa. La oferta de alimentos procesados, frituras y dulces, así como una vida sedentaria, propician el desarrollo de obesidad muchas veces asociada a deficiencias nutricionales.

- Uno de cada tres jóvenes y adultos tiene sobrepeso (37,7%), mientras que uno de cada cinco es obeso (18,7%). En este sentido, el 56,4% de la población presenta exceso de peso, lo que significa un incremento de 5,2 puntos porcentuales con respecto al 2010.
- La obesidad es más frecuente en las mujeres (22,4%) que en los hombres (14,4%).
- Aproximadamente la mitad de los adultos colombianos realiza 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos semanales de actividad vigorosa o fuerte, como lo recomienda la OMS. Cuatro de cada diez mujeres y seis de cada diez hombres atienden esta medida de prevención.

Inseguridad alimentaria en el hogar. La seguridad alimentaria es entendida como el acceso seguro y permanente de los hogares a alimentos suficientes en cantidad y calidad, para una vida sana y activa.

- La inseguridad alimentaria se redujo a 54,2% de los hogares con respecto a 2010, cuando se situó en 57,7%. No obstante, más de la mitad de los hogares colombianos continúa con dificultades para conseguir alimentos.
- Ocho de cada diez hogares liderados por indígenas y cinco de cada diez cuyo jefe no tiene pertenencia étnica se encuentran en inseguridad alimentaria.
- Entre tanto, seis de cada diez hogares liderados por mujeres y cuatro de cada diez liderados por hombres tienen este mismo problema.

II. Salud pública, promoción y prevención

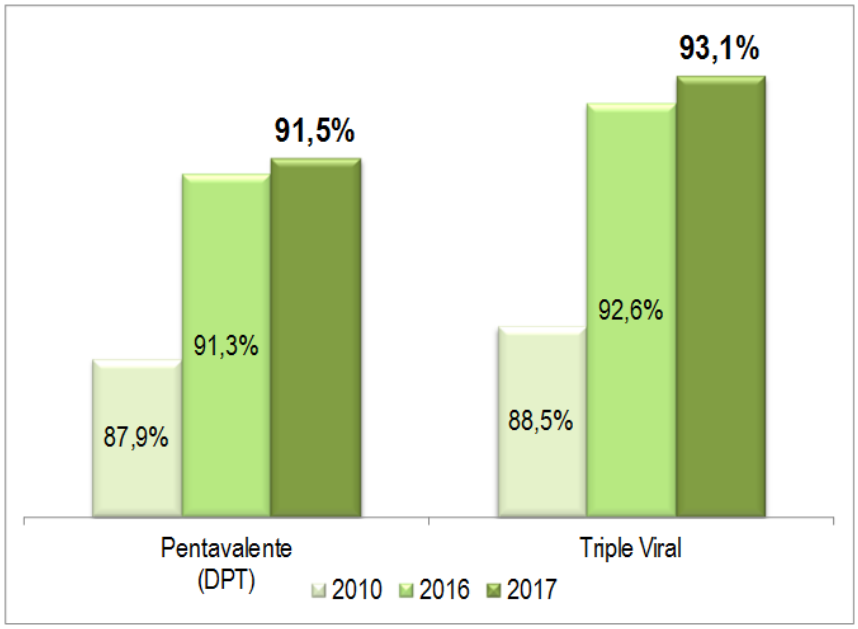
En los buenos resultados expuestos en el bloque anterior, ha influido el claro reimpulso que se le ha dado a la salud pública, promoción y prevención, con acciones y medidas concretas que persiguen el bienestar de todos los colombianos. En esta materia, en primer lugar hay que destacar que a pesar de las dificultades fiscales, en 2017 se perseveró en las inversiones públicas que se requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, a través de la vacunación gratuita.

Vacunación

Durante los últimos años, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados. Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el esquema de vacunación colombiano es uno de los mejores de la región y del mundo. Se dio continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes, el Virus del Papiloma Humano-VPH, la varicela y la universalización de la Vacuna Inactivada contra el Polio (VIP), introducidas por el gobierno actual, manteniendo un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades

Para 2017, las coberturas de vacunación se mantuvieron en índices sobresalientes. En particular, se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 93% y de 91,5% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos); ambos registros fueron sobresalientes desde una perspectiva histórica.

Gráfico. Cobertura de vacunación



Fuente: Cálculos propios Minsalud-Dirección de Promoción y Prevención-Grupo PAI
Nota: Se refiere a las coberturas trazadoras en términos de menores de un año con vacuna Pentavalente (tres dosis) y niños(as) de un año con vacuna Triple Viral. La vacuna pentavalente incluye la DPT por lo que previene –además de la difteria la tos ferina y tétanos– la hepatitis B y la influenza B. La triple viral previene el sarampión, las paperas y la rubéola.

Políticas de promoción y prevención

Bajo el tradicional concepto que es mejor prevenir que curar (se evita el sufrimiento de pacientes y sus familias, y en general, incurrir en mayores costos para la sociedad), durante los últimos años y recogiendo distintas experiencia internacionales -basadas en la evidencia científica–, las medidas adoptadas frente al control al tabaco, como la aprobación del incremento progresivo al consumo del cigarrillo, así como la discusión misma sobre los impuestos a las bebidas azucaradas constituyen un avance significativo en las políticas preventivas y con ello que se disminuya efectivamente el riesgo de sufrir enfermedades, y en particular, las crónicas no transmisibles.

Control del tabaco

Los gravámenes a productos de interés en salud pública han sido una medida popular que los estados vienen usando desde hace siglos. Durante décadas, productos como las bebidas alcohólicas, el tabaco y recientemente las bebidas azucaradas han sido sometidos a tributación en la mayoría de los países. Además de ser consideradas como una fuente de ingresos fiscales, estas medidas buscan crear consciencia en la población sobre los potenciales daños para la salud derivados del consumo excesivo de este tipo de productos.

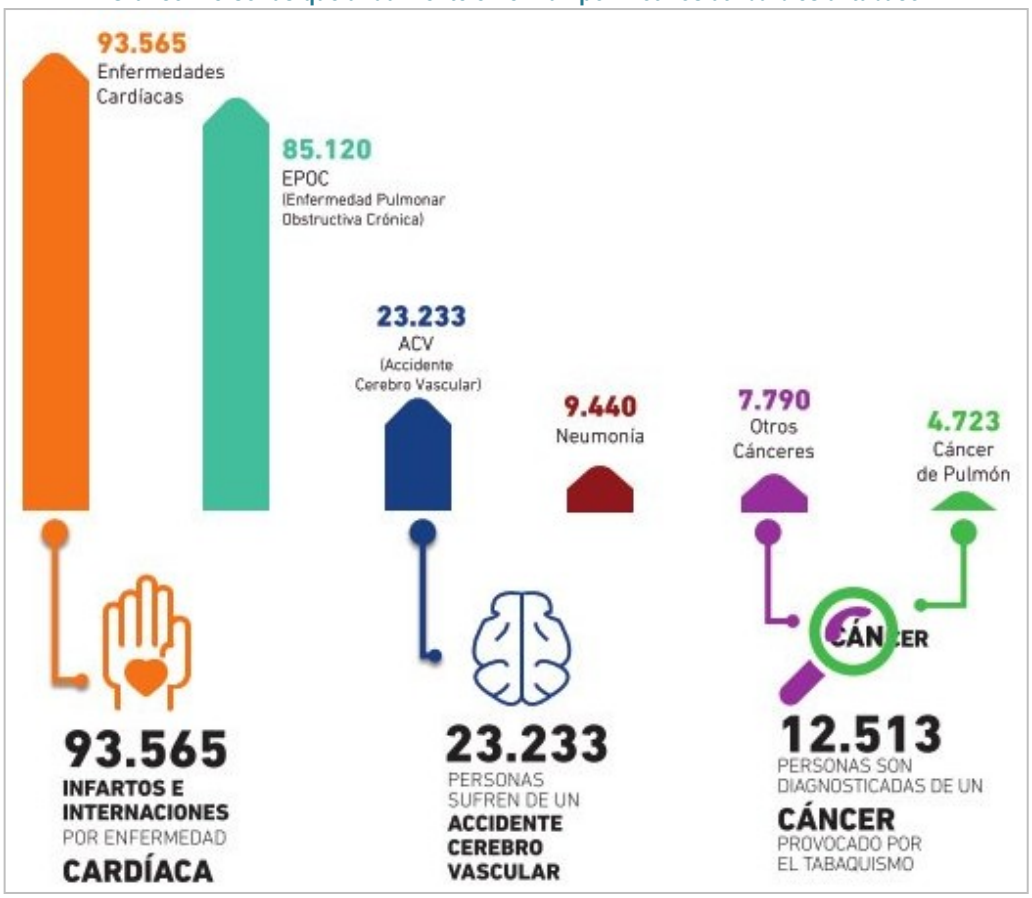
En primer lugar hay que mencionar al tabaco que es uno de los principales factores de riesgo asociado a las enfermedades crónicas no transmisibles. El tabaco mata en promedio a la mitad de los que lo consumen. Acaba la vida de más de 7 millones de personas cada año en el mundo; la mayor parte de estos fallecimientos ocurren en países en vía de desarrollo. Cuesta a los hogares y gobiernos más de US$1,4 billones en gastos sanitarios y pérdidas de productividad. Adicionalmente, los residuos de tabaco contienen más de 7 mil sustancias químicas tóxicas que envenenan el medio ambiente, algunas de ellas cancerígenas para el ser humano. Podría provocar en el siglo 21 hasta mil millones de muertes en todo el planeta. En el humo se también liberan gases de efecto invernadero y los residuos de los productos de tabaco son el tipo de basura más numeroso. Cerca de 10 mil millones de los 15 mil millones de cigarrillos vendidos diariamente en el mundo se desechan al medio ambiente. Las colillas de cigarrillo representan entre el 30% y el 40% de los objetos recogidos en las actividades de limpieza costera y urbana.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud-OMS considera al tabaco como una amenaza para todos. El tabaquismo constituye además una causa importante de disparidades en salud entre ricos y pobres. Agrava la pobreza, reduce la productividad económica, afecta negativamente a la elección de los alimentos que se consumen en los hogares y contamina el aire de interiores. El gasto en cigarrillos va en contravía del objetivo No.2 “Hambre Cero” y el No. 10, “Reducción de las Desigualdades” de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Es así como todos los países se han comprometido a cumplir con esta agenda, cuyos objetivos son fortalecer la paz y erradicar la pobreza en el mundo. Dos de sus medidas esenciales son aplicar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y –para 2030– reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, incluidas las cardiopatías, las neumopatías, el cáncer y la diabetes, de las que el tabaco es un factor de riesgo.

De acuerdo con la OMS, el aumento de los impuestos al tabaco a más del 75% del precio de venta es la medida más efectiva para controlar la epidemia, especialmente entre los más jóvenes y los más pobres. Si todos los países miembros aumentaran los impuestos al tabaco en tan solo un dólar se generarían recursos por 141 millones de dólares que podrían ser invertidos en acciones de salud y desarrollo. Por su parte, el Banco Mundial ha reiterado que aplicar impuestos más altos a los productos del tabaco es una estrategia “gana-gana” porque reduce el consumo y mejora la salud pública a la vez que se incrementan los ingresos del gobierno que pueden ser utilizados para fondear inversiones prioritarias y programas que beneficien a la totalidad de la población.

Cada año, en Colombia más de doscientas mil personas sufren enfermedades asociadas al tabaco (ver gráfico siguiente) y anualmente mueren más de 20 mil personas como consecuencia del tabaquismo. Esto representa más del 10% de las muertes anuales que ocurren en el país.

Gráfico. Personas que anualmente enferman por motivos atribuibles al tabaco



Fuente: Cálculos propios Minsalud.

Con base en razones de salud pública y teniendo en cuenta los compromisos que ha adquirido Colombia como Estado Parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, el Ministerio propuso un incremento en el precio final del tabaco, a partir de un incremento en la tarifa del impuesto al consumo. Adicionalmente, se propuso actualizar la tarifa anualmente en un porcentaje equivalente al del crecimiento del IPC más un incremento adicional que intentar alcanzar el precio promedio que se registra en la región. Según se expone en el trabajo publicado por el MSPS "Impuestos al Tabaco"[12], la tributación al mismo "es considerada como una medida excepcionalmente efectiva para reducir los efectos negativos generados por el consumo del tabaco".

La propuesta del MSPS fue finalmente aprobada en la última reforma tributaria que contempló una tarifa de $1.400 para las cajetillas de 20 cigarrillos (o proporcional a su contenido) para 2017. Producto de esta reforma, se ha obtenido un recaudo adicional para el sistema de salud de cerca de $130 mil millones (adicionales a los impuestos que ya se recaudaban por este concepto). Hay que tener en cuenta que para 2018, la tarifa sube a $2.100 Con la tarifa plena del impuesto, el precio

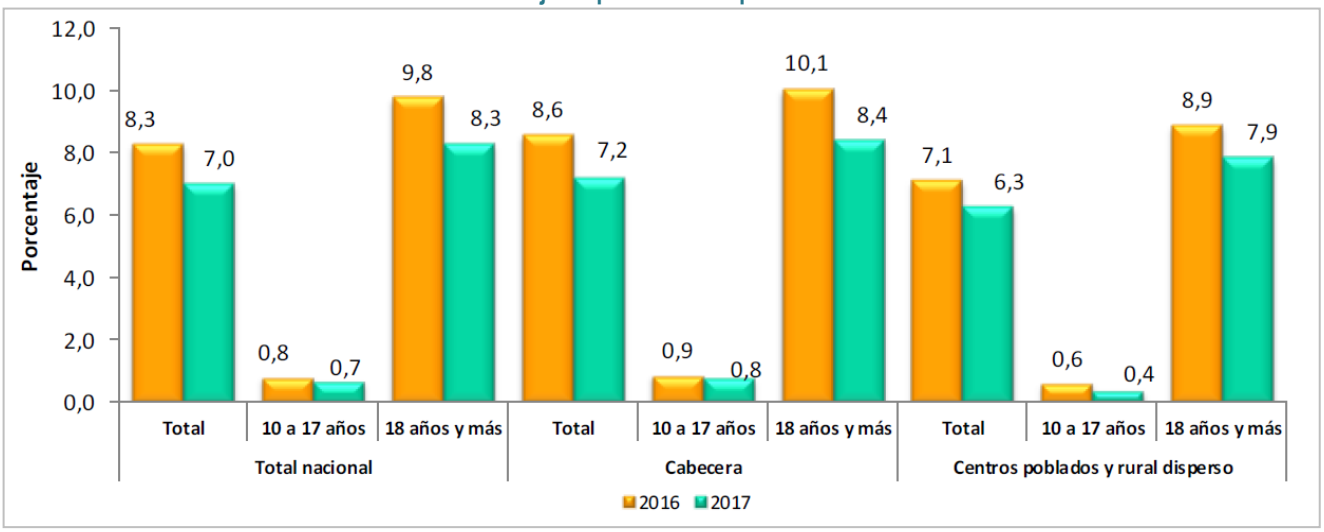
[12] RODRÍGUEZ, A. et Al. Impuestos al Tabaco (documento de trabajo No. 1). En: Papeles en Salud: Pensemos la salud. Evidencia, análisis y decisión. ISSN: 2500-8366 (en línea). Bogotá, D.C., Junio de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-en-salud-1-2016-impuestos-tabaco.pdf

promedio de la cajetilla de cigarrillos habrá aumentado de 2.800 a 4.200 pesos. A partir de 2019 se ajustará en función del aumento del Índice de Precios al Consumidor (IPC), más 4 puntos porcentuales. En esta misma reforma, que modificó la tarifa general del IVA del 16 por ciento al 19%, también impacta el precio de los cigarrillos. Por su parte el componente *Ad valorem* se mantuvo en 10 por ciento. Este aumento desincentiva el consumo, lo que contribuirá a disminuir la proporción de fumadores.

Con lo anterior, también se espera que se posponga la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes por encima de 14 años y que se aporte a la "mega meta" del sector salud para 2018 de reducir en 8% la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Al sistema de salud en Colombia las ECNT representan la mayor carga de la enfermedad y le cuestan anualmente más de $24 billones de pesos. Esta medida en particular puede ahorrarle al país alrededor de $5 billones en costos del servicio de salud en una generación (unos 20 años) y salvaría miles de vidas. Cerca de 790 mil colombianos mayores de 15 años dejarían de fumar y un valor cercano a los 390 mil colombianos menores de 15 años que iban a fumar ya no van a hacerlo.

En Colombia, con el mayor impuesto al cigarrillo (al igual que otras medidas de control al tabaco) ya se habría contribuido a disminuir la proporción de fumadores. De acuerdo con la ECV del DANE, en 2017 se registró una disminución de la prevalencia de tabaquismo. El 7% de las personas de 10 años y más manifestaron fumar actualmente mientras que en 2016 este indicador marcó 8,3%. Con ello se estaría cumpliendo con la meta trazada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de bajar a un dígito el consumo de tabaco.

Gráfico. Porcentaje de personas de que actualmente fuma



Fuente: Fuente: DANE- ECV
Nota: Las variaciones 2016-2017 son estadísticamente significativas para total nacional y cabecera, en total y 18 años y más.

Adicionalmente, en 2017 el MSPS presentó las nuevas **advertencias sanitarias contra el tabaco**. A partir de julio de 2018 deben estar incluidas en todos los empaques y etiquetas de productos de tabaco y derivados comercializados en el territorio nacional. Para dar cumplimiento a la Ley 1335 de 2009, los fabricantes e importadores de estos productos deben acceder a las respectivas imágenes a través del portal del ministerio o directamente solicitarlas en las instalaciones del Ministerio. Todos los fabricantes e importadores deben remitir sus próximas solicitudes de aprobación de empaques y etiquetas, diligenciando y adjuntando en el formato "relación de muestras para verificación de empaques y etiquetas de productos de tabaco y derivados". En dicho formato se consignan uno a uno los empaques y etiquetas de productos de tabaco o derivados a aprobar, lo que permite individualizar e identificar internamente las muestras recibidas, facilitando el procesamiento y aprobación de acuerdo a los controles pertinentes a la Ley 1335 de 2009 y a la Resolución 3961 de 2009.

Por este tipo de iniciativas que se han emprendido para el control del tabaco y –en general– por los avances en la implementación del respectivo Convenio Marco, el gobierno de Colombia fue galardonado por la OPS/OMS en 2017. De acuerdo con el organismo internacional, el reconocimiento al país se debe al trabajo intersectorial y la colaboración entre estas instituciones, que llevó al Congreso colombiano a aprobar un incremento del 100 % en el componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos".

Entre los desafíos que quedan en materia de tabaco se encuentra el fortalecimiento de la implementación a nivel local. Mediante alianzas establecidas con la OPS, la sociedad civil, la veeduría ciudadana, las sociedades científicas y el acompañamiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se podría bajar aún más la prevalencia y proteger a los más vulnerables, niños, niñas y adolescentes. También quedan como retos por parte del legislativo, avanzar en el incremento al porcentaje de advertencia sanitaria de los productos de tabaco y sus derivados, dado que aún hay que alcanzar la recomendación de la OMS sobre este particular. Igualmente, hay que enfrentar la amenaza que constituyen los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), teniendo en cuenta que ya ingresaron al país y se hace necesaria la reglamentación correspondiente, según llamado de la OMS y el CMCT. Se destaca también que la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) a nivel territorial incluye el control de tabaco; a nivel local, se hace necesario afianzar el empoderamiento por los alcaldes y las comunidades para continuar la disminución en la prevalencia de consumo de tabaco y sus derivados.

Otro aspecto para resaltar es que en 2017 Colombia se postuló al proyecto FCTC 2030 (*Framework Convention on Tobacco Control*) y fue seleccionada entre más de 55 estados como uno de los 15 miembros que buscan fortalecer la aplicación del tratado. Esto redundará en un fortalecimiento de la implementación del CMCT a nivel local, implicando un gran reto y responsabilidad para nuestro país y para la región.

Entre las prioridades del FCTC 2030 se encuentran la implementación territorial del Programa Nacional de Cesación; fortalecer los mecanismos de coordinación intersectorial para el seguimiento a la aplicación del Convenio Marco; intensificar los procesos de inspección, vigilancia y control de la Ley 1335 de 2009 (Ley de Control de Tabaco), y demás medidas regulatorias consistentes con el CMTC, tanto a nivel nacional como a nivel territorial.

Bebidas azucaradas

En el marco de la mencionada reforma tributaria, el MSPS ya había planteado sus argumentos a favor de un impuesto a las bebidas azucaradas como una medida necesaria de salud pública para Colombia[13]. Según lo planteado por el MSPS, el mundo está experimentando un aumento en las prevalencias de obesidad y sobrepeso, y Colombia no es ajena a la desafortunada tendencia. De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) conocida el año anterior, el porcentaje de personas con exceso de peso aumentó. Este incremento ha sido importante en todos los grupos de edad, pero especialmente en los niños entre 5 y 17 años, escolares y adolescentes[14].

La evidencia ha demostrado que los estilos de vida no saludables –dentro de los que se encuentra la alimentación no saludable– son determinantes del exceso de peso. Uno de los productos que por su composición nutricional provocan el aumento de peso es el grupo de las llamadas bebidas azucaradas. Estas bebidas se encuentran entre los productos que por su composición nutricional y por su contenido de azúcar adicionado (el cual no es un nutriente) causan exceso de peso. Son fuente de calorías "vacías" (calorías que no generan saciedad) y no aportan nutrientes. Adicionalmente, estas bebidas aportan sodio, cuyo consumo se relaciona con una mayor probabilidad de hipertensión arterial. El consumo de estas bebidas en los jóvenes en Latinoamérica es uno de los más altos del mundo. Colombia no es una excepción a esta situación: de acuerdo con la ENSIN, la mayor parte de los colombianos consume gaseosas o refrescos frecuentemente. Así mismo, las bebidas azucaradas son causantes del 13% de la mortalidad por diabetes, el 5% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y el 1% de la mortalidad por neoplasias asociadas.

Muchas de estas patologías pueden ser prevenibles mediante cambios de comportamiento enfocados hacia estilos de vida saludables, entre los que se encuentra la alimentación saludable. Prevenir el aumento de personas con exceso de peso es fundamental como medida de salud pública ya que este es un factor de riesgo de estas enfermedades no transmisibles (como diabetes, cáncer de endometrio, ovarios, mama y próstata, accidentes cerebrovasculares y cardiopatías). Muchas de estas patologías están entre las 10 principales causas de muerte en Colombia.

Por tanto, se considera necesario tomar una serie de medidas que integralmente permitan orientar el comportamiento de los consumidores hacia estilos de vida saludables. Una de las soluciones más importantes para incentivar la disminución del consumo de estos productos son los impuestos. Estas medidas permiten la reducción del consumo en corto plazo y generan ingresos que pueden ser utilizados en programas de prevención complementarios. Es importante mencionar que esta es una parte de las medidas que el MSPS ha orientado para reducción del exceso de peso. Entre las medidas ya implementadas se tienen la Estrategia 4x4, los lineamientos para la promoción de frutas y verduras, la preparación para la reglamentación del etiquetado, las tiendas escolares y la promoción de la actividad física en el marco del MIAS y sus respectivas rutas.

En Colombia, un impuesto del 20% lograría una reducción del consumo de estas bebidas en la misma proporción, de acuerdo con lo sugerido por la OMS y expertos. Sin el impuesto, en el 2020 Colombia tendrá alrededor de 90 mil casos de diabetes mellitus asociada a bebidas azucaradas. Con el impuesto este número se podría reducir a 72 mil casos y la mortalidad se reduciría en cerca de 700 personas al año. También hay que tener en cuenta que aproximadamente $25 billones anuales de los recursos en salud se dirigen a enfermedades prevenibles. Estrictamente, el gasto por diabetes

[13] Ver: CADENA, E. et Al. Impuesto a las bebidas azucaradas (documento de trabajo No. 5). En: Papeles en Salud: Pensemos la salud. Evidencia, análisis y decisión. ISSN: 2500-8366 (en línea). Bogotá, D.C., Octubre de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n5.pdf

[14] Según la última ENSIN:
- El 6,3% de los menores de 5 años en Colombia tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 5,2%.
- El 24,4% de los escolares en Colombia tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 18,8%.
- El 17,9% de los adolescentes en Colombia tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 15,5%.
- El 56,4% de los colombianos adultos tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 51,2%.

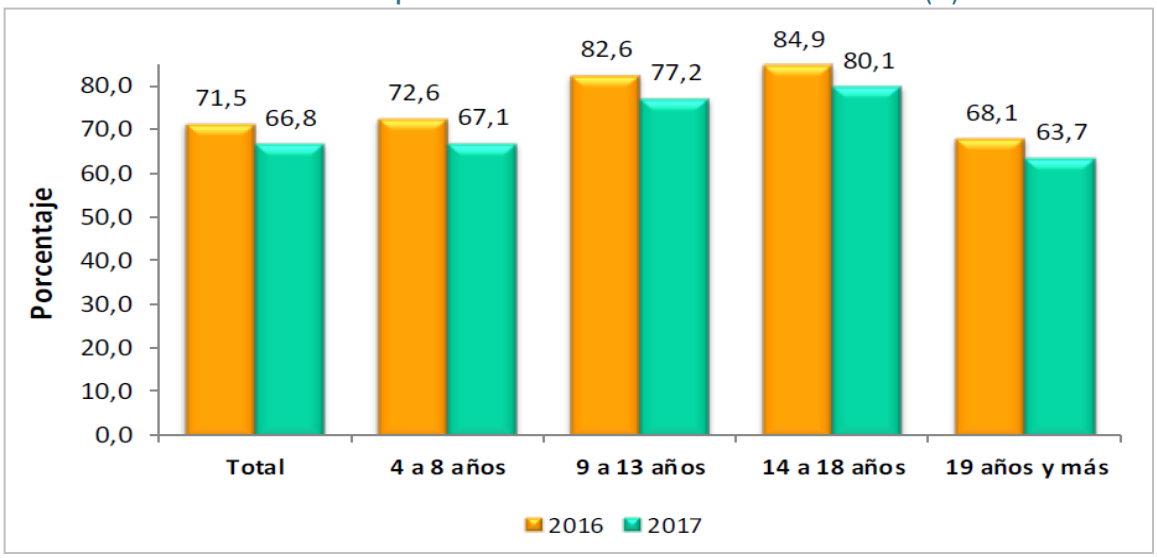
atribuible a bebidas azucaradas ronda los 800 mil millones de pesos al año. Si no se toman medidas para reducir el consumo, este gasto superaría el billón de pesos en 2020. Solo con el impuesto se lograría un ahorro importante.

El consumo más alto de estas bebidas se da en los quintiles de menor ingreso. Por lo tanto, el mayor impacto del impuesto se esperaría en estos niveles. Esto indica una progresividad del efecto en salud, ya que son estas poblaciones las que mejoran en el futuro sus resultados en salud, además de aumentar su protección financiera respecto a las patologías asociadas. También hay que tener en cuenta que los sustitutos de este tipo de bebidas son de fácil acceso. Los deseables en este caso son agua mineral, agua carbonatada, jugos sin azúcar y leche.

La evidencia en los países donde aplicó la medida de tributación a las bebidas azucaradas muestra que con el impuesto el precio aumenta, el consumo de estas bebidas disminuye y hay sustitución hacia productos no gravados, como el agua. Es así como la medida ha sido aplicada en Finlandia, Hungría, Francia, México, Dinamarca y algunas islas del Pacífico. Chile y Reino Unido recientemente implementaron este impuesto. No obstante que la propuesta no fue acogida para el país en la última reforma tributaria, el MSPS está dispuesto a continuar con este debate en pro de la salud de los habitantes de Colombia, lo que permite avanzar en estas políticas preventivas.

Finalmente, se resalta que según la última ECV del DANE, en 2017 el porcentaje de personas que manifestaron consumir bebidas azucaradas (habitualmente) bajó al 66,8%. Este valor era de 71,5% en 2016. Las personas entre 14 y 18 años siguen presentando el porcentaje más alto de consumo de estas bebidas.

Gráfico. Personas que habitualmente consumen bebidas azucaradas* (%)



Fuente: DANE- ECV
Notas: Las bebidas azucaradas son entendidas como gaseosas, refrescos, bebidas de jugos de frutas procesadas, te endulzado y refrescos en polvo. Las variaciones 2016-2017 son estadísticamente significativas.

Con respecto al etiquetado de alimentos procesados, el Ministerio dio inicio a la revisión de productos en el mercado para establecer los límites máximos de contenido de nutrientes como sodio, calorías, azúcares, grasas trans y saturadas, por el impacto de estos en la salud pública.

Adicionalmente, el Ministerio, en coordinación con otras entidades del sector y distintas instancias del Estado, mantuvo su participación activa en la discusión pública en asuntos relacionados con la salud de los colombianos y construyendo evidencia científica frente a temas de amplio debate como el uso medicinal de la marihuana, la interrupción voluntaria del

embarazo y la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo o de personas solteras (lo anterior ante una iniciativa de referendo sobre la prohibición de adopción a este tipo de familias adoptantes[15]). A ello se suma las recomendaciones y acciones del Ministerio en asuntos como la eutanasia, los efectos en salud por la aspersión con glifosato y el uso del asbesto. Particularmente, en el último año hubo importantes avances en materia de cannabis como se detalla a continuación.

Uso medicinal del cannabis

En 2017 se concluyó la reglamentación para la producción, cultivo y transformación de cannabis para fines médicos y científicos. La licencia de transformación de cannabis para fines médicos y científicos permite, dependiendo de las modalidades en las que se haya solicitado, la fabricación, exportación, investigación, comercialización y distribución de los derivados de cannabis psicoactivo. Una vez otorgada la licencia de transformación, las firmas pueden recibir su licencia de cultivo, si la han solicitado.

Con la publicación de cinco resoluciones, el Gobierno culminó el proceso de definición de las reglas de juego para la producción y transformación de cannabis para fines médicos y científicos. Las resoluciones definen quiénes serán considerados pequeños y medianos cultivadores –y por tanto, obtener beneficios– y fijan los requisitos técnicos y las tarifas para el cultivo de la planta y su transformación en productos medicinales, fitoterapéuticos y homeopáticos.

Tal como quedó establecido en la Resolución 579 de 2017, expedida por los ministerios de Salud, Justicia y Agricultura, aquellos que cultiven en una superficie de media hectárea (5.000 metros cuadrados) o menos son considerados pequeños y medianos cultivadores y, por tanto, podrán acceder a asesoría técnica, asignación prioritaria de cupos y compra de su producción por parte del transformador. La normativa, en efecto, establece que el 10 por ciento del total de la producción del transformador debe provenir de un pequeño y mediano productor.

Las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud fijan las tarifas que deben pagar las firmas que lleven a cabo procesos de transformación de la planta (Resolución 2891 de 2017), así como las normas técnicas que deben seguir (Resolución 2892 de 2017).

Entre otros aspectos, esta última define el protocolo de seguridad que se debe implementar en las instalaciones donde se investiga y procesa el cannabis, los requisitos para fungir como director técnico de estas instalaciones, las condiciones para el transporte, y las cantidades máximas autorizadas de transformación (cupos).

Por su parte, las resoluciones expedidas por el Ministerio de Justicia (577 y 578) regulan técnicamente la evaluación y seguimiento correspondientes a las modalidades de licencias que corresponde entregar a esta entidad –cultivo de cannabis psicoactivo, no psicoactivo y uso de semillas– y establecen las tarifas que se deben pagar para la obtención de estas licencias.

[15] En un concepto enviado al Congreso el año pasado, el MSPS manifestó que una consulta de esta índole atenta contra pilares o ejes fundamentales de la Constitución –como el derecho a la igualdad o los derechos de los niños a tener una familia–, y reiteró que no existe evidencia según la cual la adopción por parejas del mismo sexo acarree riesgos para el bienestar y la salud de los menores de edad. El concepto del Ministerio de Salud, remitido a propósito de los debates sobre el particular en el Congreso, reitera que el desarrollo cognitivo y emocional de los menores de edad es similar en parejas heterosexuales y homosexuales. "El único factor diferenciador en el bienestar de menores adoptados o criados por parejas del mismo sexo está en el estrés y las dificultades que pueden causar las restricciones legales y el estigma", señala el documento del Ministerio, reiterando los argumentos remitidos a la Corte Constitucional en 2014. La posición del MSPS está sustentada en diversos estudios y fuentes expertas. Dice el concepto "La Academia Americana de Pediatría ha sugerido en varias oportunidades que el bienestar de los menores de edad se beneficiaría de la legalización de los matrimonios de parejas del mismo sexo y la adopción de parejas dispuestas y capaces para esta tarea, independientemente de su orientación sexual".

Con estas resoluciones culmina un largo proceso normativo que comenzó con la Ley 30 de 1986, cuya reglamentación tuvo que esperar hasta 2015, cuando el Gobierno expidió el Decreto 2467.

A partir de ese decreto, el Ministerio de Salud otorgó las primeras seis (6) licencias de transformación a las firmas colombianas Cannalivio, Pideka, Ecomedics y Econabis, la canadiense Cannavida y la colombo-canadiense Pharmacielo.

Para darle mayor institucionalidad a la iniciativa, de iniciativa parlamentaria se promovió la Ley 1787 de 2016 (también conocida como “Ley Galán”), lo que implicó derogar la reglamentación anterior y tramitar una nueva. Así fue como el Decreto 613 de abril 2017 incluyó beneficios para los pequeños productores y cultivadores de cannabis para fines medicinales, estableció las diferencias entre el cannabis psicoactivo y no psicoactivo y reguló la comercialización e investigación de semillas. En este sentido, fueron expedidas 13 nuevas licencias bajo el amparo de la Ley 1787 de 2016 y su correspondiente reglamentación.

III. Implementación de la Ley Estatutaria en Salud (LES)

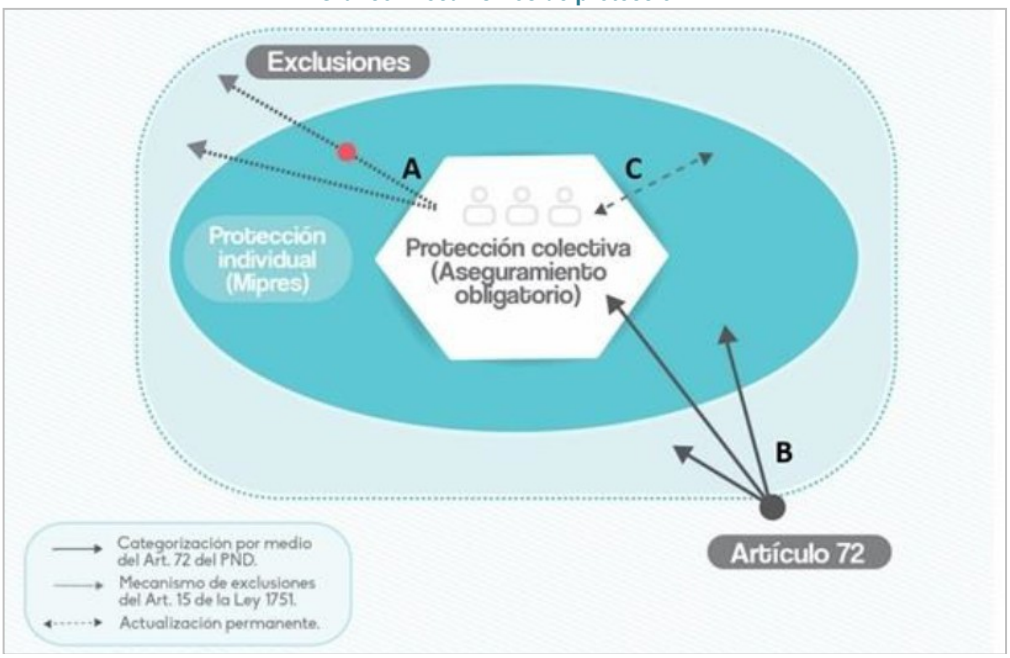
La implementación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud (LES) ha sido una de las prioridades del MSPS en los últimos dos años. Debido a la amplitud de los temas de que trata, ponerla en marcha ha demandado importantes esfuerzos que incluyen la introducción de herramientas novedosas, cambios de fondo y ajustes normativos.

La LES recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud. Buena parte de los aspectos que regula ya estaban descritos –por ejemplo, el control de precios de medicamentos– aunque se encontraban dispersos en leyes, decretos, resoluciones o sentencias. No partió desde cero, sino que consolidó y fortaleció derechos, deberes y mecanismos ya existentes para la protección de la salud de los colombianos. Dividida en cuatro capítulos, abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud. Los capítulos I y II abarcan los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes. El capítulo III regula el ejercicio de los profesionales de la salud. Por su parte, el capítulo IV regula la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas.

Plan de beneficios, MiPres y mecanismo de exclusiones

En cumplimiento de la LES, el Ministerio desarrolló una estrategia para materializar el derecho fundamental a la salud, principalmente a través de tres mecanismos de protección (en la ilustración siguiente: protección colectiva –hexágono blanco, protección individual-elipse verde oscura y exclusiones-zona verde clara).

Gráfico. Mecanismos de protección



Fuente: Elaboración propia MSPS

En un primer mecanismo están las prestaciones de servicios en salud colectivas que cubren aquellos servicios y tecnologías en salud en donde es posible mancomunar los riesgos individuales asociados al uso de las mismas. Se refiere en particular,

al aseguramiento social en salud, el cual se financia de forma ex-ante con los recursos de la unidad de pago por capitación (UPC).

En un segundo mecanismo está la protección de las prestaciones individuales, que son aquellas a las que acceden los usuarios una vez se han agotado las opciones previstas en el aseguramiento obligatorio o se ha identificado por parte del profesional de la salud, que resulta pertinente la prescripción de una tecnología o servicio no financiado con cargo a la UPC. En este sentido, el MSPS había expedido la Resolución 3951 de 2016 con fundamento en los artículos 6, 8, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria. Dicha resolución, eliminó los Comités Técnico-Científicos (CTC) y creó MIPRES.

La eliminación de los CTC y la puesta en marcha del aplicativo en línea MIPRES es la respuesta dada por el MSPS al artículo 8 de la LES que ordena proveer servicios de manera completa. Igualmente al artículo 17, que garantiza la autonomía profesional, así como al artículo15, que garantiza la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Los CTC –cuya eliminación progresiva comenzó desde 2016– se encargaban de evaluar la autorización de tratamientos que no estuvieran incluidos en el plan de beneficios en salud. Su eliminación fortalece la autonomía médica (la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia) y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que esta no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo MIPRES permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y éste pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El lanzamiento de la plataforma MIPRES representa una oportunidad para gastar menos tiempo en trámites. Si se necesita un medicamento que no está en el plan de beneficios, el médico no tendrá que pedirlo a un CTC; bastará con que lo registre en la plataforma MIPRES. Todas las EPS e IPS (clínicas y hospitales) deberán tener la nueva plataforma. MIPRES nace de la necesidad de eliminar barreras que prolongaban los tiempos para autorizar medicamentos. Con MIPRES se reitera la autonomía médica porque el médico es quien decide si autoriza el medicamento.

Para utilizarlo los médicos deben estar inscritos ante el Registro Único de Talento Humano en Salud -ReTHUS. Este registro equivale a un sistema de información para consultar y verificar quiénes están autorizados para ejercer una profesión de la salud en Colombia. Por lo que los médicos validarán allí que cumplieron con los requisitos académicos para poder ejercer su labor. En el ReTHUS se encuentra la información histórica de los profesionales de la salud inscritos para ejercer por parte de las secretarías departamentales de salud o que hayan recibido del MSPS su tarjeta profesional. Estas personas no requieren realizar un nuevo registro ni la expedición de una nueva tarjeta profesional.

Los médicos que no se encuentren en el ReTHUS por falta de reporte de las secretarías departamentales de salud o por pérdida de información tendrán que presentar la novedad ante el Colegio Médico Colombiano con la respectiva documentación para ser incluidos en el registro.

Tanto médicos, como odontólogos y optómetras podrán consultar si se encuentran inscritos en el ReTHUS a través del sitio http://web.sispro.gov.co. Allí mismo, aquellos profesionales que han sido autorizados para ejercer pero no aparecen en el registro encontrarán las orientaciones para actualizar su inscripción.

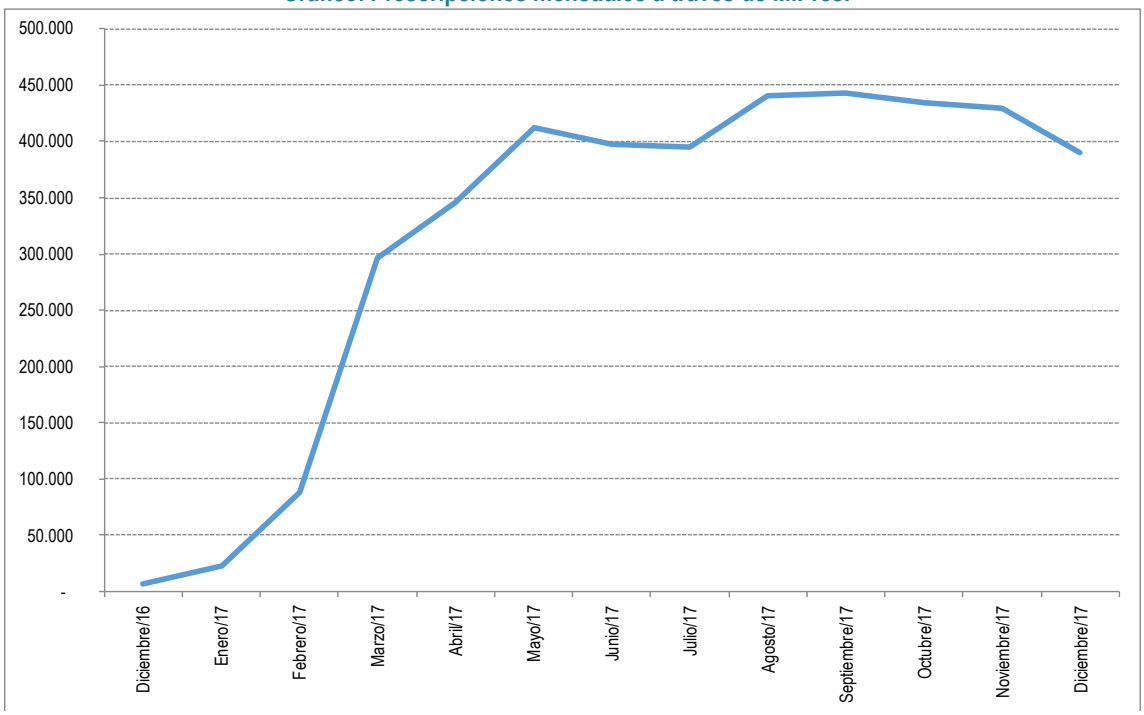
A continuación, se resumen sus bondades:

- El uso de la herramienta ha generado consciencia en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC por parte de los profesionales de la salud, es decir ejercer la medicina con autonomía y autorregulación.
- MIPRES ha fortalecido la toma de decisiones consciente y pertinente de cara a los tratamientos que se requieren instaurar; es decir, a usar lo que se necesita cuando se requiere, indicando las razones que lo favorecen.

- La implementación de MIPRES disminuye las barreras de acceso para los usuarios y por lo tanto mejora la oportunidad para instaurar los tratamientos médicos.
- Con MIPRES se cuenta con información más oportuna y disponible que permite la retroalimentación al interior de las instituciones en pro de mejorar la salud de los colombianos.
- El aplicativo es amigable y fácilmente utilizable, en tiempos razonables dentro de los procesos de prescripción ambulatoria y hospitalaria.

El mecanismo comenzó a operar el 1 de diciembre de 2016. En la actualidad, se realizan alrededor de 400 mil prescripciones por mes a través del aplicativo y se han beneficiado casi dos millones de pacientes desde el inicio de su operación (ver gráfico siguiente).

Gráfico. Prescripciones mensuales a través de MiPres.



Fuente: MSPS.OTIC. Boletín MiPres en cifras.

Un tercer mecanismo es el mecanismo de exclusiones, desarrollado para implementar lo señalado en el mencionado artículo 15 de la Ley Estatutaria, es decir, aquellos servicios y tecnologías que no serán cubiertas con recursos del sistema, de conformidad con los criterios establecidos en el artículo ya mencionado. Así las cosas, todo servicio y/o tecnología que no se encuentre previamente excluido por un procedimiento técnico-científico se entenderá como financiado con recursos públicos asignados a la salud. El MSPS es el encargado de coordinar las actuaciones que se surtan en desarrollo del procedimiento de exclusiones a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento.

La LES estableció en su artículo 15 unos límites al derecho fundamental a la salud por medio de un mecanismo de exclusión que tiene como principal objetivo evitar que los recursos destinados al sistema de salud financien servicios y/o tecnologías que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

a) tengan como propósito un fin cosmético o suntuario;
b) carezcan de evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica;
c) no estén autorizados por las entidades competentes en el país;
d) estén en fase de experimentación; y

e) tengan que ser prestados en el exterior.

El mecanismo de exclusión debe constar en un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Durante 2017, el MSPS avanzó en el procedimiento para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por los motivos expuestos anteriormente. Durante 2016, se habían llevaron a cabo talleres y la elaboración de este mecanismo con la participación de pacientes usuarios y comunidad médica.

Como se dicta en tal resolución, el procedimiento de exclusión se divide en cuatro fases. La primera, de nominación y priorización de la tecnología y/o servicio; la segunda, de análisis técnico-científico; la tercera, de consulta a pacientes potencialmente afectados; y, por último, la cuarta de adopción y publicación de decisiones. Aunque el plazo para la decisión final es variable, el promedio será de unos ocho meses una vez cerrada la convocatoria. La primera de ellas comenzó en marzo de 2017

Es así como el mecanismo goza de total transparencia e involucra a todos los actores del sistema de salud y fue finalmente adoptado mediante la Resolución 330 de 2017 (justamente dos años después de la expedición de la LES). Están habilitados para realizar nominaciones el MSPS, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades territoriales, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), los profesionales y trabajadores de salud, las entidades de control, y en general cualquier interesado que justifique su nominación. En este sentido, cualquier ciudadano previamente inscrito en el portal del Ministerio puede postular servicios y tecnologías a la lista de exclusiones.

El mecanismo contó con sesiones técnico-científicas de expertos y consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía para el procedimiento de exclusiones, con un total de 721 participantes. Mediante acciones no presenciales, se adelantaron como nominaciones y objeciones a las tecnologías para posible exclusión del I y II momento de 2017, un total de 75 y 31 tecnologías nominadas en cada momento. También se realizó diálogo constructivo deliberativo mediante el consenso con 16 expertos para finiquitar la estrategia de operación de los criterios de exclusión.

En 2017 MSPS presentó la primera lista de servicios y tecnologías que, de acuerdo con su análisis, no deberían ser costeadas con recursos públicos. Para argumentar las nominaciones, el Ministerio se basó en guías de práctica clínica o en información allegada por el IETS. La aplicación del PTC quedó plasmada en la Resolución 5267 de diciembre de 2017, por la cual se adopta el primer listado de 43 tecnologías que serán excluidas de financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Toda la información sobre el desarrollo del procedimiento técnico-científico se puede conocer en el registro de participación ciudadana, MiVox-Pópuli, en la página web del Ministerio:
https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/logica/frmdefault.aspx

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

La Política Integral de Atención en Salud (PAIS), es una respuesta a lo establecido en la LES y al Art. 65 del Plan Nacional de Desarrollo (PND), en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud. Adicionalmente, se estipularon las condiciones de habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios en Salud (RIPSS).

Esta política beneficia a los colombianos porque centra la acción de salud en las personas, no en las IPS ni en las EPS. Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de

la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paleación y reinserción social, en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a su cotidianidad. Articula a todos los agentes, ciudadanos, gobiernos territoriales, EPS, prestadores de servicios, proveedores y coordina los sectores orientados al bienestar de la población para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social. La política comprende cuatro estrategias y un aspecto operativo (el MIAS con sus diez componentes[16]), consistente en el marco para la organización de actores e instituciones para que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

Con la Política de Atención Integral en Salud, el Ministerio expidió la Resolución 3202 de 2016 por medio de la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación gradual de las Rutas Integrales de Atención en Salud–RIAS (componente dos del MIAS), relacionadas a continuación:

- Para la promoción y mantenimiento de la salud.
- Para la población materno–perinatal.
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio–cerebro–vascular–metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial-TA, Diabetes Mellitus–DM y Obesidad).
- Para la población con riesgo o presencia de cáncer (de mama y cérvix).
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (atención a la desnutrición aguda para menores de 5 años).
- Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas (Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika).

En materia de promoción y mantenimiento, se definieron los lineamientos para la implementación de las RIAS y se expidió el documento de directrices para la educación para la salud en el marco de las mismas.

El contenido de las rutas prioriza las atenciones en el entorno familiar, social y comunitario. Se fortalecen los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. Adicionalmente, se espera que la coordinación se centre en médicos especialistas en medicina familiar de manera que se aumente la capacidad resolutiva y se pueda responder a las necesidades de la población. La política tiene un enfoque diferencial para afrontar la compleja realidad territorial.

Teniendo en cuenta los retos adicionales que tienen que enfrentar las zonas con población rural dispersa, se dio inicio al MIAS para zonas apartadas. Inicialmente se emprendió este nuevo modelo a través de un piloto en el departamento de Guainía que está mostrando el camino para que el sistema se adapte a las realidades de otras regiones, reconociendo las particularidades étnicas y geográficas existentes. El modelo se opera con un único asegurador, una red integrada de servicios de salud para el régimen subsidiado y gestores en salud en 23 comunidades concentradas a lo largo de las 5 cuencas hidrográficas del departamento. Se fortaleció la infraestructura con una inversión de $8.316 millones para Barrancominas y los puestos de salud Paujil, Coayare, Caranacoa y Cacahual y se emprendió el proyecto del mejoramiento del Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Inírida.

Para el cierre de 2017 se reportó una mejora histórica en los indicadores de salud de Guainía así: el acceso a los servicios de salud pasó del 17 al 79 por ciento, se presentaron cero muertes maternas y una de las tasas más bajas del país por muerte perinatal y neonatal tardía, lo cual contribuye a la sostenibilidad del modelo en el tiempo (ver cuadro siguiente).

[16] Componentes del MIAS: 1. Caracterización poblacional; 2. Rutas integrales de atención en salud (RIAS); 3. Gestión integral del riesgo en salud (GIRS); 4. Delimitación territorial del MIAS; 5. Redes integrales de prestadores de servicios de salud; 6. Redefinición del rol del asegurador; 7. Redefinición del sistema de incentivos; 8. Sistema de información; 9. Fortalecimiento del recurso humano en salud; y, 10. Investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

Cuadro. Comparativo de indicadores de resultado Colombia – Guainía

Indicador	Colombia			Guainía		
	2005	2015	2017	2005	2015	2017
Mortalidad materna a 42 días	70	54	50	386	666	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	10	7	14	27	10	10
Mortalidad asociada a desnutrición en menores de 5 años	15	7	2	42	39	19

Fuente: Datos 2005-2015: Cubo de indicadores - estadísticas vitales SISPRO. Consultado el 02/01/2018; datos 2017: Instituto Nacional de Salud
Nota: Estos indicadores corresponden a razón de mortalidad por cada 100 000 habitantes en cada caso

Adicionalmente se logró la articulación con la institucionalidad indígena garantizando atención en salud con tratamiento diferencial y con enfoque intercultural. El empoderamiento del modelo en lo local también ha permitido procesos más eficientes y con mejores resultados en la operación. La capacitación continua a los trabajadores de la salud en salud familiar y comunitaria con enfoque intercultural ha brindado mejores resultados en salud. Contar con un único asegurador y rutas materno–infantiles ha permitido que haya mejor resolutividad en apoyo al hospital de Inírida.

Los resultados en Guainía se alcanzaron gracias al trabajo armónico y persistente entre el MSPS y la Gobernación, que desde el inicio del piloto se enfocaron a mejorar aspectos como accesibilidad, brechas en salud, sostenibilidad financiera y alcanzar la participación comunitaria, siempre teniendo como propósito común la salud de las personas, el respeto, el trabajo participativo con los pueblos indígenas y la opinión de todos los grupos de interés involucrados.

Ahora que el MIAS en Guainía ha generado lecciones aprendidas y planteamiento de acciones entre los actores para abordar los retos y las dificultades identificadas en la implementación. Así, este modelo puede ser replicado en otras regiones de Colombia donde la dispersión geográfica de sus pobladores es una característica.

Además de Guainía, el nuevo MIAS ha tenido gran acogida en varias ciudades y regiones del país como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Risaralda, Cauca, Chocó y La Guajira. Las Fuerzas Militares y la Policía también han adelantado el modelo.

IV. Consolidación de la Política Farmacéutica

Las expectativas y las demandas de la población colombiana son cada vez mayores. El aumento de la clase media colombiana ha provocado que se aspire a tener acceso a servicios de calidad y nuevas tecnologías en salud disponibles en el mundo desarrollado. Adicionalmente, la judicialización ha impedido la incorporación ordenada de las nuevas tecnologías. En el país también se han pagado precios más altos por medicamentos que, por ejemplo, en el continente europeo. En suma, la presión demográfica, tecnológica y los altos precios de los medicamentos son una amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud.

No obstante lo anterior, la política farmacéutica en Colombia (implementada desde el CONPES 155 de 2012 y que ya ha sido reconocida internacionalmente) dispone de algunos instrumentos para hacer frente a estos problemas. El control de precios de medicamentos, las compras centralizadas, los avances en la promoción de la competencia y la transparencia en las relaciones de valor entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud han aportado a la sostenibilidad del sistema y a la democratización del acceso.

Regulación de precios de medicamentos

En 2017, la regulación de precios de medicamentos agregó más de 200 fármacos al listado, que representan un ahorro anual de más de 50 mil millones de pesos al año y aumentan a más de mil el número de presentaciones comerciales con límite de precio.

Entre los nuevos medicamentos con precio controlado se incluyen tratamientos contra el cáncer, antibióticos y anticonceptivos. Entre los nuevos fármacos se incluyen tratamientos contra el cáncer, antibióticos y anticonceptivos (por ejemplo, la llamada “píldora del día después” ha ingresado a la lista).

La decisión de reducir el precio a estas tecnologías tuvo en cuenta diversas variables, pero fundamentalmente su importancia epidemiológica y su elevado precio en comparación con los 17 países que Colombia tiene como referencia. Tras la regulación, la reducción promedio de esta ronda es del 32 % y el país pasa a ser el tercero o cuarto con el precio más bajo entre los 17.

Teniendo en cuenta el acumulado desde que se implementó la regulación que utiliza una metodología basada en la referenciación internacional de precios, se ha logrado una caída promedio de 40% en los valores internos. Los ahorros obtenidos superan el billón de pesos anuales, los cuales ha sido reinvertidos en la salud de los colombianos.

Compras centralizadas

En coordinación con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), en 2017 se concretó el mecanismo para aplicar en Colombia la negociación centralizada de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, en particular en cuento a tratamientos contra la hepatitis C. Con este proceso, el Gobierno implementa el artículo 71 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y avanza en el cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud. En efecto, la Ley 1753 de 2015 o ley del PND facultó al MSPS para que estableciera mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos

El mecanismo de compras centralizadas ha sido desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que los países negocien tratamientos contra la hepatitis C a precios razonables y los pacientes tengan acceso a medicamentos que curan la enfermedad. Básicamente, el mecanismo consiste en una compra al por mayor realizada por el Gobierno, a través de la OPS, a partir de los estimativos de demanda de todo el país. En este sentido, ya no son las EPS las que negocian cantidades limitadas y en solitario con las casas productoras. Mediante convenios interadministrativos con el MSPS, los departamentos y distritos podrán beneficiarse de la reducción de precios de los fármacos contra la hepatitis C para facilitar el acceso a los afiliados al régimen subsidiado y fortalecer la equidad en el sector salud.

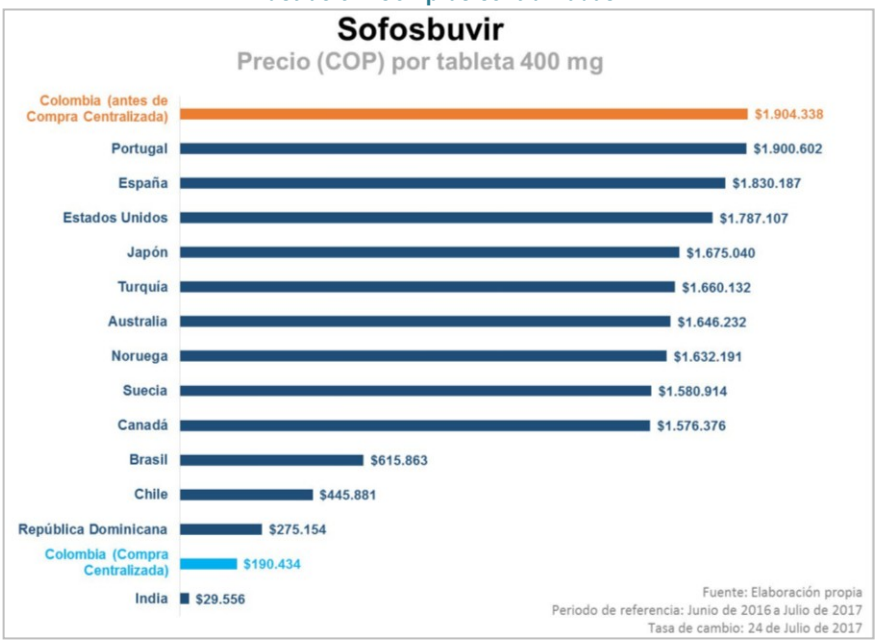
La hepatitis C es actualmente un reto para los sistemas de salud en el mundo. El MSPS calcula que actualmente unos 400 mil colombianos tienen el virus, y unos 60 mil requerirán tratamientos hasta el 2030. Sin un mecanismo de compra distinto, tratarlos habría requerido una inversión de cerca de 7,8 billones de pesos en los próximos 14 años, cifra inviable para el sistema colombiano.

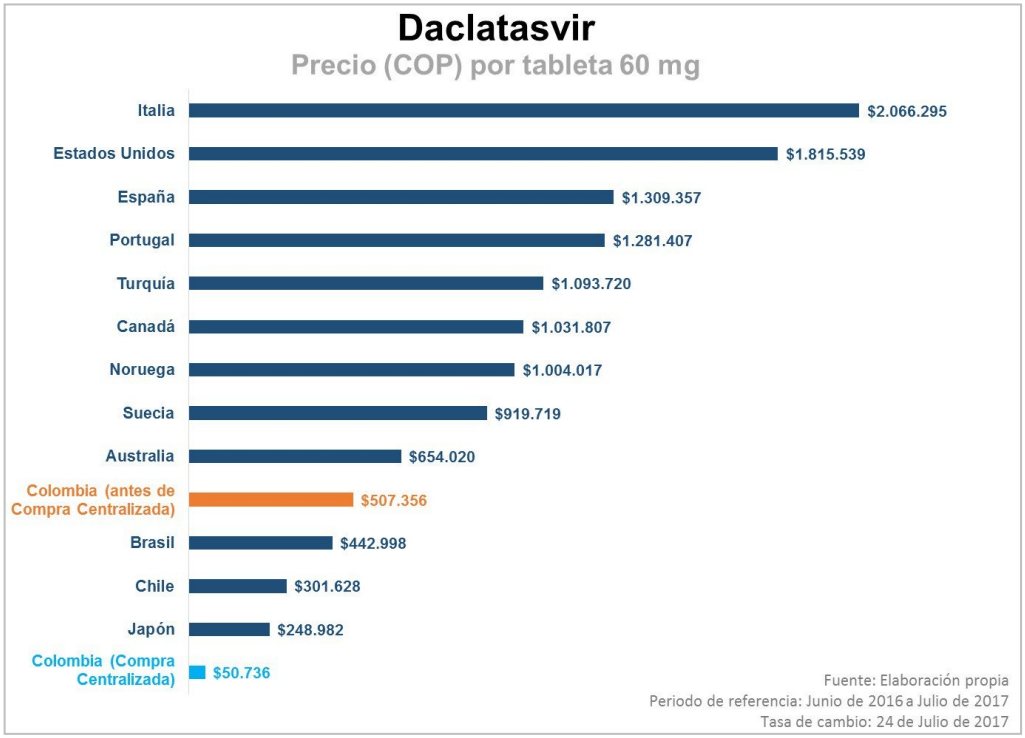
En este sentido, Colombia sigue avanzando en la meta de eliminar las hepatitis virales en el marco de los Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible 2030. Con ello se espera salvar por lo menos 17 mil vidas, distribuyendo los medicamentos a las distintas EPS y a cientos de pacientes prescritos vía MIPRES.

De esta manera Colombia, junto a Egipto, Georgia y Birmania, es ejemplo a nivel mundial en compra centralizada de medicamentos para hepatitis C y avanza en la cobertura universal en salud de las hepatitis virales, dando acceso a los medicamentos, contribuyendo a la sostenibilidad financiera de SGSSS y garantizando el derecho fundamental a la salud. La implementación del mecanismo ha logrado reducir el costo de estos fármacos en al menos un 80%, lo que equivale a más de 290 mil millones para el primer año.

Dos tratamientos fueron incluidos en la negociación. Uno es el medicamento comercialmente conocido como Harvoni (combinación de las moléculas sofosbuvir y ledispavir), producido por la farmacéutica Gilead. El otro tratamiento es la combinación de Daklinza (daclatasvir) y Sovaldi (sofosbuvir), producidos por Bristol-Myers Squibb y Gilead, respectivamente. En el nuevo escenario, el tratamiento combinado de Daklinza y Sovaldi bajará de 137,2 millones de pesos por paciente a 29 millones, y el tratamiento con Harvoni, de 114,3 millones a 23,5 millones.

Ilustración. Compras centralizadas.





Fuente: Cálculos propios MSPS

La efectividad de estos modernos antivirales es del 94 por ciento, y su administración podría satisfacer el 85 por ciento de las necesidades de tratamiento de la hepatitis C en el país.

La primera orden de compra ocurrió en junio de 2017, en la cual se adquirieron 102.480 dosis/tabletas y 1.225 tratamientos, beneficiando a quienes se les ha prescito el tratamiento por parte de sus médicos y generándose un ahorro de 92 mil millones de pesos.

Otras acciones: transparencia y estímulo a la competencia

A fin de fortalecer la transparencia, el Ministerio redactó una resolución que obliga a la industria farmacéutica a informar los pagos en dinero o en especie que haga a los distintos actores del sistema de salud.

Por otra parte, tras la expedición de las guías de inmunogenicidad, quedó listo el terreno para la implementación del decreto que favorece la competencia mediante la eliminación de barreras innecesarias para el ingreso de medicamentos biogenéricos al país.

No obstante, sobre esta materia fue necesario que el MSPS, en octubre de 2017, presentara un documento de oposición a la solicitud que las farmacéuticas agremiadas en AFIDRO hicieron al Consejo de Estado para que suspendiera provisionalmente el artículo 9 del Decreto 1782 de 2014, que establece los requisitos para aprobar biocompetidores –versiones genéricas de los biotecnológicos– a través de una ruta abreviada que garantice su calidad pero no exija pruebas redundantes que retrasen su ingreso al mercado.

Según el MSPS, la resistencia de las multinacionales farmacéuticas a la normativa se debe a "intereses estrictamente comerciales, no a preocupaciones por la salud pública y la seguridad de la población colombiana". También se argumenta que "la medida demandada no viola el derecho a la salud ni pone en riesgo la vida de la población colombiana. Su suspensión, por el contrario, sí".

El decreto en mención estableció las reglas de juego para el ingreso de medicamentos biotecnológicos al mercado colombiano, y plantea tres alternativas, que van desde la "ruta del expediente completo" para los innovadores –a los que se les exigen pruebas propias en animales y humanos–, hasta la "ruta abreviada de comparabilidad" para los biocompetidores –también llamados biosimilares o biogenéricos– cuyo ingrediente activo tenga amplia experiencia de uso. Esta última ruta, descrita en el artículo 9, busca mejorar la disponibilidad a medicamentos de calidad, evitar barreras de entrada innecesarias, ampliar las opciones terapéuticas y generar ahorros en el gasto en salud.

Como se trata de principios activos ampliamente conocidos, la ruta abreviada permite reducir o eximir a los biocompetidores que los contienen de presentar estudios clínicos completos en animales y humanos, salvo pruebas de inmonogenicidad con las que demuestren que no producen respuestas inmunológicas severas en los pacientes, como pueden ser las alergias.

Sin embargo, a fin de garantizar la calidad, el decreto establece una serie de requisitos para estos medicamentos: que el ingrediente farmacéutico activo del medicamento esté suficientemente caracterizado (es decir, que la información aportada permita conocer con detalle su identidad y actividad biológica, sus propiedades fisicoquímicas y su pureza); que tenga un perfil de seguridad y eficacia definido y altamente documentado; que cuente con considerable experiencia clínica; y que disponga de información de farmacovigilancia robusta.

Ante estos hechos, el Ministerio solicitó al Consejo de Estado tener en cuenta que, de acuerdo con los estándares éticos de la investigación clínica expresados en la Declaración de Helsinki, no se deben "repetir experimentos con humanos para demostrar cosas que ya están demostradas".

Según el MSPS, la estrategia de AFIDRO –ante el temor por la pérdida de las patentes de los medicamentos biológicos de marca– consiste en procurar que los requisitos técnicos de ingreso al mercado de los biocompetidores sean más estrictos de lo necesario, lo que genera barreras a la competencia.

El documento presentado al máximo tribunal de lo contencioso-administrativo encuentra contradictorios los argumentos del gremio de las multinacionales en el sentido de que, debido a los factores que pueden afectar la producción, los biotecnológicos competidores jamás podrán ser idénticos a los de marca. Para el Ministerio, AFIDRO omite que, con ese argumento, dos lotes del propio medicamento de marca tampoco podrán ser idénticos, lo que obligaría a que cada lote requiriera ensayos preclínicos y clínicos.

Finalmente, el Ministerio aclara que la ruta abreviada para la aprobación de biotecnológicos efectivamente existe en otros países, pues es una tendencia regulatoria acogida en diversas jurisdicciones. En este sentido, "todos los países miembros de la OMS, de manera unánime, le pidieron a esa organización que revisara su guía para el registro sanitario de los biogenéricos, por considerar que la misma no toma en cuenta los avances científicos sobre la técnicas para conocer las características físico-químicas de los biológicos, las cuales permiten predecir mejor su comportamiento y llevar a sus justas proporciones la exigencia de hacer ensayos clínicos extensos".

V. Fortalecimiento, depuración sectorial y sostenibilidad financiera del sistema

El inicio de la operación de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) culminó un proceso de fortalecimiento institucional que permitirá un mejor flujo y un mayor control a los recursos para la salud (incluidos los recobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios) dando cumplimiento a lo ordenado por el Art. 67 del PND. Esta estrategia mejorará la transparencia en el manejo de los recursos y fortalecerán las medidas de liquidez a hospitales, entre otros aspectos.

Fortalecimiento institucional: La nueva Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

La nueva ADRES tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del SGSSS e implementar los respectivos controles. Sus características y funciones se exponen en las siguientes ilustraciones.

Ilustración. Características de la ADRES

Fuente: Elaboración propia MSPS.

Ilustración. Funciones de la ADRES

Fuente: Elaboración propia MSPS.

La puesta en funcionamiento de la ADRES, en agosto de 2017, puso fin a la tercerización de una labor misional (lo que antes era el FOSYGA). Con ADRES se centralizaron los procesos, se dio inicio a una administración directa de los recursos, se mejoró la ordenación del gasto y se redujeron los costos de transacción en el sistema de salud. Los funcionarios de la nueva entidad eran los que conocían de la operación por haber trabajado en el FOSYGA o en el Ministerio y sus procesos están desarrollados con altos estándares y con el rigor técnico que merece el manejo de los recursos del sector.

En la siguiente ilustración se resume el proceso de transición entre FOSYGA y ADRES:

Ilustración. Ventajas de la ADRES

ESQUEMA -FOSYGA

- Naturaleza: Cuenta de Ministerio.
- Operación misional tercerizada.
- Operación dispersa: Varios contratos y una Dirección de Administración en el MSPS.
- Altos costos de transacción.
- Difícil adaptación a cambios necesarios, exceso de trámites, duplicidad de actividades, ruptura de la continuidad de la operación.
- Manejo presupuestal y contable: por subcuentas.
- Consejo de Administración MSPS.
- Administración de bases de datos principales tercerizada no la realizaba el MSPS.

NUEVO ESQUEMA - ADRES

- Entidad pública de naturaleza especial.
- Operación integrada.
- Reducción de costos. ($700 millones mes). Techo gasto administrativo por Ley.
- Gestión unificada de recursos: unidad de caja excepto recursos de la Entidad Territorial.
- Se reducen procesos, minimizando riesgos.
- Planta de personal propia.
- Gobierno Corporativo: Junta Directiva.
- Administración directa de información.
- Administra recursos de aseguramiento, FOSYGA y FONSAET: $41 billones.

Fuente: Elaboración propia MSPS.

Para mayor información, se sugiere consultar el portal www.adres.gov.co .

Depuración sectorial

Adicionalmente, se sigue perseverando en las soluciones a los problemas financieros del sector. Estas medidas saneamiento de deudas, nuevos recursos para el sistema (como el medio punto del IVA y mayores impuestos al tabaco y licores), la recuperación patrimonial, nuevos instrumentos financieros como la compra de cartera, los créditos blandos, los bonos convertibles en acciones y mayor liquidez.

El proceso de depuración del SGSSS ha sido difícil –una verdadera revolución silenciosa– donde el país está entrando en una nueva era de su sistema de salud. Se está tratando de salir de una crisis financiera expresada en un defecto patrimonial de las EPS de cerca de $6 billones.

Después de la liquidación de varias Entidades Promotoras de Salud-EPS (Selvasalud, Salud Cóndor, Solsalud, Humana Vivir y Golden Group), el reto ha sido sacar adelante las liquidaciones de las EPS CAPRECOM y SALUDCOOP. Estas dos últimas EPS constituían la mayor porción de los desbarajustes financieros y de atención en el sistema de salud. Se destaca el papel de la Nueva EPS al recibir a los afiliados de CAPRECOM, así como el pago de las deudas dejadas por esta. La Nación ha acompañado con otros 500.000 millones de pesos este proceso.

El MSPS considera que el manejo dado a la liquidación de Saludcoop, aunque tuvo varias dificultades, evitó una crisis sistémica del sector. El traslado de los afiliados a otras EPS, justo cuando se hacía el de los de CAPRECOM, habría sobrepasado la capacidad del sistema. De allí la decisión de pasar a los afiliados de SALUDCOOP a CAFESALUD. Adicionalmente, con este mecanismo los activos de SALUDCOOP sirven para el pago de deudas y se evita dejar sin empleo a 37 mil personas de la red propia de esta EPS. Por su parte, los recursos de la venta de CAFESALUD (1,2 billones de pesos) permiten pagar la mayor parte de los 1,5 billones de deudas.

El 86% de CAFESALUD pertenecía al grupo SALUDCOOP y representó el mayor activo de esta entidad en liquidación. Ante la liquidación de SALUDCOOP, sus afiliados fueron trasladados a CAFESALUD, con lo que esta EPS poseía el mayor número de afiliados en el país con 4,7 millones en el régimen contributivo y más de 1 millón en el subsidiado. CAFESALUD manejaba contratos con cerca de 1.800 IPS y sus ingresos anuales eran de 4 billones de pesos por concepto de la UPC.

Por otra parte, la situación financiera que presentaba CAFESALUD antes del traslado de los afiliados fue aliviada mediante una operación de bonos opcionalmente convertibles en acciones (BOCAS). Es decir, el FOSYGA dispuso de unos recursos para que la EPS pagara sus deudas y pudiera comenzar con una situación financiera sostenible. Fue una operación inédita y compleja, que requirió de varios actos administrativos, pero que hizo posible que CAFESALUD recibiera 200 mil millones y cumpliera con los requisitos de capital mínimo y patrimonio adecuado, tal como lo establece el Decreto 2702 de 2014. Gracias a esta operación, buena parte de las deudas fueron pagadas y los afiliados de SALUDCOOP pudieron ser trasladados.

No obstante, sin la liquidación de SALUDCOOP y la venta de CAFESALUD no era posible una recuperación financiera ni la solución para los problemas de atención en salud. Dentro de sus dominios está una amplia red de hospitales y clínicas, presentes a lo largo del país. Su venta sirve para cubrir la mayor parte de las deudas de la EPS. No obstante hay que tener en cuenta que durante todo el proceso ya se han pagado billonarias deudas pendientes, una vez han sido debidamente auditadas y depuradas.

La escogencia de la mejor propuesta para comprar CAFESALUD consideró dos criterios: Uno técnico, en el que se analizó la experiencia y la capacidad del oferente para prestar servicios de salud, y otro financiero, en el que se tuvo en cuenta el monto ofrecido por los activos y que supera el del avalúo realizado por terceras firmas. Es así como la nueva empresa compradora cuenta con solidez económica, un patrimonio suficiente millones e idoneidad. El nuevo dueño tiene experiencia suficiente en atención, además de tener como principal objetivo el buen servicio de salud. El cronograma de venta de esta EPS concluyó en 2017, con un período de transición que se completa en 2018

Sostenibilidad financiera

En materia de sostenibilidad financiera durante el último año se destaca la obtención de nuevos recursos para la salud (incluidos los impuestos saludables), el giro directo, la compra de cartera y el saneamiento.

En cuanto a nuevos recursos, en 2017 el sistema obtuvo 1,8 billones de pesos adicionales provenientes del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales - FONPET (700 mil millones), del medio punto del IVA para la salud establecido reforma tributaria (890 mil millones), del impuesto al tabaco definido en la misma (129 mil millones) y de otras fuentes, como el gravamen a los licores (135 mil millones).

En la siguiente ilustración se resume lo relativo al saneamiento de deudas y las nueves fuentes de financiación.

Ilustración. Saneamiento de deudas y nuevas fuentes de ingresos para salud

Pago Deudas	Acumulado (2011-2016)*	2017
Saneamiento deudas ET RS	$481.814	$7.014
Saneamiento deudas No POS	$2.027.833	$62.341
Pago de deudas Fosyga	$998.967	$107.314
Capitalización EPS (Decreto 2702/14)*	$1.074.666	$122.178
CCF- Saneamiento deudas EPS		$288.853
Financiación deudas Caprecom	$500.000	$500.000
Total	**$5.083.281**	**$1.087.699**

* Cifras en millones de pesos constantes de 2016

Nuevas Fuentes	Acumulado (2011-2016) *	2017
Recursos FONPET	$905.747	$700.000
Medio Punto del IVA Reforma Tributaria		$890.000
Impuesto al Tabaco		$129.356
Otras fuentes (Licores)		$135.000
Total	**$905.747**	**$1.854.356**

Fuente: Elaboración propia MSPS.

Liquidez

En materia de liquidez se destaca el giro directo. Con ello, durante 2017, el giro de recursos de la Nación de manera directa a los prestadores y proveedores fue del orden de $11,2 billones. Así, los recursos girados superan los $51 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. Alrededor del 70% de los giros de la Nación está llegando directamente a las IPS y proveedores que tienen contratos con las EPS del régimen subsidiado y de manera oportuna. También se ha implementado el giro en el contributivo, en aplicación del Art. 259 de la Ley del PND.

Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera a las IPS. En 2017, el MSPS y la ADRES, en cumplimiento del plan de choque encaminado a otorgar liquidez al sector salud, compras de cartera por 109 mil millones de pesos beneficiando a 142 prestadores, en su mayoría públicos. Lo anterior, mediante Resolución 505 de 2017 con cargo a los recursos de la Unidad de Recursos Administrados (URA) y atendiendo la recomendación del comité asesor del MSPS. Desde su implementación en 2013, se han superado los $1,7 billones en estas operaciones, mejorando la situación financiera de 446 hospitales y clínicas a lo largo del país.

La compra de cartera es el mecanismo que busca brindar liquidez a las IPS, el cual está contemplado en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, a fin de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

VI. Sector Salud: ejemplo de buena gestión

Ejecución presupuestal

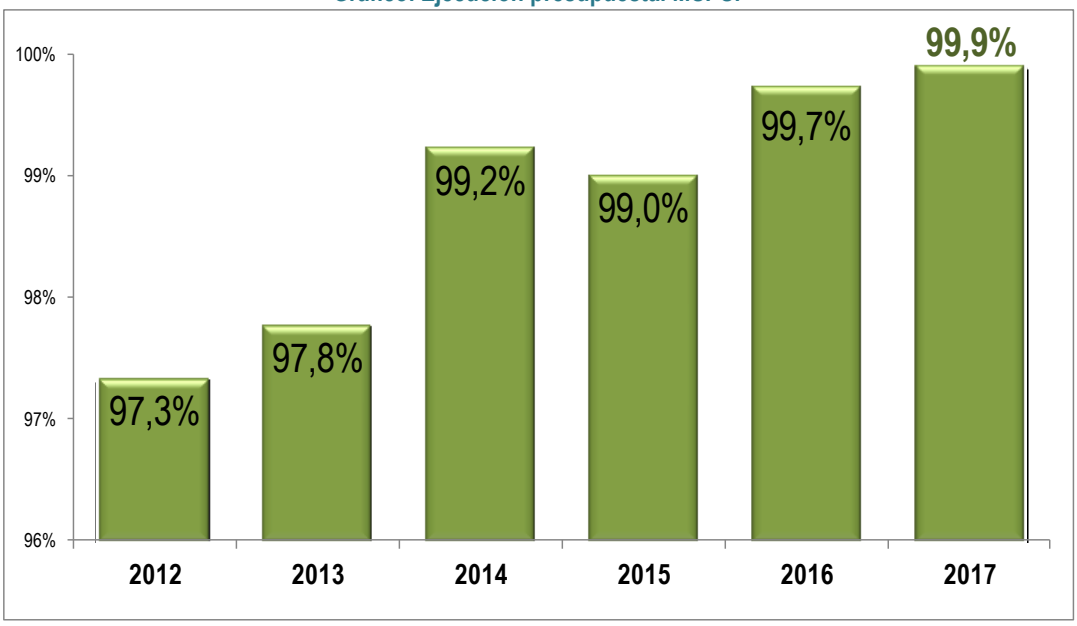
Se logró una adecuada ejecución de recursos apropiados a través del Presupuesto General de la Nación (PGN) para la vigencia fiscal 2017. Es un logro de todos los que hacen parte de este sector y denota el compromiso, seriedad y responsabilidad con la que se planea, ejecuta y se hace seguimiento a los recursos asignados por la Nación para la salud.

Para el cierre de diciembre de 2017, de cada cien ($100) pesos que fueron autorizados al sector, se ejecutaron (comprometieron) más de noventa y nueve pesos, con un porcentaje de ejecución del 99,6%.

Se destacan, entre otros, la utilización de los recursos de la Nación empleados en la financiación del aseguramiento del régimen subsidiado, los correspondientes a las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) con destino diferente al aseguramiento (por ejemplo para la salud pública, la prestación de servicios en las regiones y el pago de los aportes patronales de los hospitales públicos), la inversión en los programas de vacunación y el pago de las becas crédito para médicos residentes que se encuentran estudiando una especialidad prioritaria para el país.

Según la entidad ejecutora se destacaron la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el Sanatorio Agua de Dios y el Instituto Nacional de Salud (INS), con indicadores de ejecución del 100%, 99,.8% y 99,1%, respectivamente. Por su parte, el Ministerio de Salud, incluidas sus tres unidades ejecutoras (Gestión General, Dir. de Administración de Fondos y la Unidad Administrativa Especial (UAE)-Fondo Nacional de Estupefacientes- FNE) cerró con un indicador de 99.9%. Es el resultado más alto desde 2012.

Gráfico. Ejecución presupuestal MSPS.



Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES con base en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) Nación

El sector consolida así un importante avance en esta materia y que inició desde el año 2012 en el que la ejecución apenas superaba el 92,7%% de los recursos apropiados. Este hecho, además, genera el compromiso para que en la vigencia actual se mantenga como referente de buena gestión para el resto de sectores que componen el nivel nacional.

Fenecimiento de la cuenta fiscal 2016 según la auditoría de la CGR realizada en 2017

Por segunda vez consecutiva desde su creación en 2011, la Contraloría General de la República (CGR) feneció la cuenta fiscal del Ministerio de Salud y Protección Social. En esta ocasión como producto de la auditoría que realizó, durante el año 2017, a la vigencia 2016. El fenecimiento se obtuvo por primera vez en lo correspondiente a las auditorías fiscales de la vigencia 2015.

Certificaciones en normas técnicas

En 2017, el equipo auditor de la entidad certificadora SGS corroboró la certificación en la norma de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009 al Ministerio de Salud basado en los resultados de la pre auditoria y auditoría efectuadas y gracias al estado de desarrollo y madurez demostrado por el sistema de calidad de la entidad. Lo anterior, teniendo en cuenta que el MSPS ha establecido y mantenido su Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la normatividad vigente y ha demostrado la capacidad del sistema para alcanzar los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.

Adicionalmente, obtuvo nuevamente la certificación en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (norma ISO 27001:2013) y por primera vez logró la certificación de su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional (OHSAS 18001:2007).

Otros reconocimientos

El Gobierno Nacional reconoció el proyecto "Minsalud en lengua de señas, una historia incluyente", como la iniciativa grupal más importante del país en materia de servicio público durante el año 2017, por reflejar los valores de honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia del Código de Integridad. La distinción fue recibida durante la celebración del Día Nacional del Servidor Público, en la cual se muestran la integridad y el deseo de los trabajadores del Estado de poner en práctica estrategias en favor de los colombianos.

"Minsalud en lengua de señas, una historia incluyente" es una iniciativa que busca incluir y atender a las personas sordas de una forma directa, con el objetivo de generar confianza en la población con discapacidad auditiva. La estrategia abarca a todos los servidores públicos que atienden de forma directa a los colombianos y se ha desarrollado por medio de capacitaciones en lengua de señas, la contratación de una persona sorda en el Grupo de Atención al Ciudadano y la posibilidad de autoaprendizaje de lengua de señas básica de los colaboradores del MSPS a través de la intranet.

También se resalta que la herramienta POS Pópuli, recibió el Premio u-GOB al Gobierno Digital en la categoría “proyecto de gobierno digital para gobierno extranjero”.

Transparencia

En materia de transparencia, el MSPS se ubicó en el nivel de riesgo de corrupción moderado, tras conocerse los resultados del Índice de Transparencia Nacional (ITN), en abril de 2017. El nivel de riesgo de corrupción moderado es el mejor alcanzado por las entidades evaluadas por la organización no gubernamental (ONG) Transparencia por Colombia. El sector presentó un avance de 4,8 puntos en los últimos dos años, al pasar de 70 en la medición correspondiente a los años 2013-2014, a 74,8 en el periodo 2015-2016. Esta calificación lo deja como el segundo del Gobierno con mayor puntaje, superado sólo por el de Comercio, Industria y Turismo.

VII. Infraestructura y dotación en salud

El MSPS asignó más de 231 mil millones de pasos para infraestructura y dotación en 2017. La inversión se verá reflejada en proyectos y equipos médicos en 273 municipios y corregimientos de 26 departamentos del país.

Los recursos asignados por el Gobierno contribuyen al mejor desempeño de los servicios prehospitalarios y hospitalarios del país. Estos programas se llevan a cabo para mejorar los componentes de infraestructura de la red hospitalaria pública, dotación de equipos médicos, transporte y comunicaciones.

En 2017, los departamentos que más recursos recibieron fueron Córdoba, Santander, Risaralda, Putumayo, Norte de Santander, Antioquia y Valle del Cauca, cada uno con asignaciones superiores a 10 mil millones de pesos. Las mayores cuantías, representadas en más de 125 mil millones de pesos, fueron asignadas a los proyectos de infraestructura hospitalaria, que incluyen, entre otros, a la E.S.E. Hospital Regional San Gil (Santander), E.S.E. Hospital José María del municipio de Mocoa (Putumayo), E.S.E. Hospital San José del municipio de Tierralta, así como a los municipios de Chinú y Ciénaga de Oro (Córdoba), E.S.E. Hospital Integrado San Juan de Dios del municipio de Barichara y E.S.E. Nuestra Señora de las Nieves del municipio de Los Santos (Santander) –estos dos últimos proyectos en el marco de los recursos provenientes de la venta de ISAGEN-, E.S.E. Hospital Integrado San Roque del municipio de Curití (Santander), E.S.E. Hospital Santa Mónica del municipio de Dosquebradas (Risaralda), E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá (Cundinamarca), Hospital Regional de Miraflores (Boyacá) y a Red de Salud del Norte E.S.E. del municipio de Cali (Valle del Cauca).

Por otra parte, más de 29 mil millones fueron destinados a dotación de equipos médicos. El Hospital San Rafael E.S.E (Espinal, Tolima), la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen (Bolívar) y la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizárez (Ocaña, Norte de Santander) recibieron recursos por encima de los dos mil millones de pesos cada uno.

El giro de estos recursos tendrá también un impacto significativo en la mejora del transporte asistencial de los hospitales del país. El MSPS asignó cerca de 25 mil millones de pesos para cofinanciar más de doscientas ambulancias en 189 municipios de 22 departamentos.

En las asignaciones también se cuentan más de 7 mil millones para unidades médico odontológicas y más de mil millones de pesos para vehículos extramurales.

Adicionalmente, en el marco del proceso de debate y aprobación en el Congreso de la República de la Ley 1873 de 2017, “por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1º de enero al 31 de diciembre de 2018”, se adicionó el funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en $80 mil millones de fuente Nación, para apoyar programas de desarrollo de la salud, asociado a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria. Es así como se cuenta con un total de $100 mil millones aprobados en el PGN con esta destinación y que se ejecutan mediante transferencias desde el MSPS. Los alcaldes y gobernadores deberán presentar proyectos al MSPS que les permitan hacer uso de estos recursos para mejorar la infraestructura de salud en sus regiones, priorizando las zonas rurales y dispersas, y de acuerdo con la normativa vigente (Ley 715 de 2001, Artículo 56 de la Ley 1450 de 2011 y Resolución 2514 de 2012).

Lo anteriormente mencionado corresponde únicamente a los montos que se originan en el nivel nacional, que se complementan con las inversiones realizadas por el nivel territorial en temas de aseguramiento, prestación de servicios y gestión de salud pública, principalmente; además, con la realización de las tareas que están a cargo de otros agentes del sistema con su respectiva asignación presupuestal. Por ejemplo, en 2017 se invirtieron más de 115 mil millones de pesos producto de regalías para financiar 32 proyectos en 20 departamentos.

VIII. Posconflicto

En cuanto al posconflicto, el Ministerio dio respuesta con acciones concretas. Se afilió de manera expedita a los reincorporados de las FARC al régimen subsidiado, se efectuó despliegue de médicos y ambulancias en los Espacios Territoriales de Consolidación y Reincorporación–ETCR (antes zonas veredales) como acción complementaria a las actividades lideradas por el Fondo de Programas Especiales para la Paz para la atención en salud a los habitantes en las distintas zonas, se emprendió un proyecto de salud en los 25 municipios donde se localizan los ETCR, se adelantó el diagnóstico de capacidad instalada en municipios priorizados en el marco de la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial–PDET y se avanzó en la planificación concertada de las acciones más inmediatas; esto es, Plan Marco de Implementación, Plan Nacional de Salud Rural y Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

Aseguramiento en salud a reincorporados de la FARC

Según la normativa vigente, el proceso de aseguramiento en salud de las personas en proceso de reincorporación, se llevó a cabo según lo reglado por el Decreto 1937 de 2016, que adiciona el Capítulo 6 al Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que fue posteriormente modificado por el Decreto 294 de 2017.

Estas normas establecen, ente otros, las reglas para la afiliación de los miembros de las FARC al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículo 2.1.10.6.4), el listado censal (artículo 2.1.10.6.5), el tratamiento de la información (artículo 2.1.10.6.6), la inscripción a la EPS (artículo 2.1.10.6.7) y el reconocimiento, liquidación y giro de la UPC a la EPS respectiva (artículo 2.1.10.6.8 modificado por el Decreto 294 de 2017).

Posteriormente, en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de dicha población, se establecieron disposiciones relacionadas con el reporte de información de los reincorporados de las FARC para su afiliación al SGSSS y con el giro de recursos de UPC del subsidiado para su atención, a través de la Resolución 6057 de 2016 del MSPS modificada por las Resoluciones 310 y 1177 de 2017, para lo cual se determinó la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los reincorporados de las FARC y el procedimiento para la liquidación y giro de los recursos por esta población. Las normas mencionadas enmarcan las actuaciones que ha surtido el Ministerio, en aras de poner en funcionamiento el aseguramiento en salud y por ende el derecho a la salud de los reincorporados.

El insumo o punto de partida de este proceso fue el listado de los reincorporados de las FARC, el cual fue suministrado directamente por ese grupo a la Oficina del Alto Comisionado para la Paz–OACP; luego de lo cual ésta remitió el listado al MSPS para proceder con la validación, como lo indica el artículo 4° de la Resolución 6057 de 2016. Efectuadas las revisiones y validaciones, el Ministerio entregó la información a la Nueva EPS, para que se procediera a la afiliación, y posteriormente se retroalimenta a la OACP, para que ésta a su vez informara a cada afiliado en las Zonas Veredales Transitorias de Normalización (hoy ETCR).

Es importante señalar que se expidió el Decreto 2026 de 2017, el cual determina en su artículo 8, que “Para efectos del proceso de reincorporación, el proceso de aseguramiento en salud de los ex miembros de las FARC-EP de que tratan los Decretos 1937 de 2016 y 294 de 2017 continuará de manera transitoria, hasta tanto se culmine la fase actual de depuración de los listados censales.” En consecuencia, la norma citada estableció que hasta tanto culminará la depuración de los listados censales, el proceso de aseguramiento en salud se rige por los Decretos 1937 de 2016 y 294 de 2017.

De acuerdo con lo establecido en el citado Decreto 2026 de 2017, se expidió la Resolución 5271 de 2017 que permitió efectuar el proceso de actualización de la información de los reincorporados en la Base Única de Afiliados, actividad que se ejecutó en diciembre de 2017. Por tanto, conforme establece el artículo 4 de la citada resolución, desde enero de 2018, el proceso de afiliación y reporte de novedades de los reincorporados se efectúa por la Agencia Colombiana para la Reintegración.

La liquidación de recursos a favor de la Nueva EPS por el aseguramiento en salud de esta población, se efectuó a través del Fondo de Solidaridad y Garantía–FOSYGA, hoy ADRES, con cargo a los recursos correspondientes para la financiación del régimen subsidiado, los cuales desde la expedición del Decreto 1937 de 2016 y hasta diciembre de 2017, se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro. Liquidación de Recursos de la UPC

Mes de liquidación	Total registros liquidados	Total valor girado
Liquidación 1 - enero 2017	5.090	209.246.753
Liquidación 2 - febrero 2017	10.964	430.001.629
Liquidación 3 - marzo 2017	9.476	408.179.583
Liquidación 4 - abril 2017	8.264	405.872.972
Liquidación 5 - Mayo 2017	9.740	445.929.222
Liquidación 6 - Junio 2017	9.645	467.640.900
Liquidación 7 - Julio 2017	18.538	453.588.799
Liquidación 8 - Agosto 2017	10.388	497.578.645
Liquidación 9 - Septiembre 2017	9.995	486.768.788
Liquidación 10 - Octubre 2017	10.889	534.035.029
Liquidación 11 - Noviembre 2017	10.335	507.471.077
Liquidación 12 - Diciembre 2017	10.295	487.044.168

Fuente. FOSYGA/ADRES.
Nota. Se incluye información de afiliados para todos los periodos liquidados.

Despliegue de médicos y ambulancias en los ETCR

Además de estas afiliaciones, se vio la necesidad de desplegar equipos médicos y vehículos de evacuación médica. Ello se hizo con cargo a recursos del Fondo de Programas Especiales para la Paz y bajo la condición de que dicho despliegue beneficiara tanto a población excombatiente como población residente en zonas aledañas. Esta actividad fue complementada por el Ministerio a través de la asignación de recursos a las ESE para la realización de jornadas extramurales. Con lo anterior, se lograron cerca de 15 mil atenciones a excombatientes y comunidades aledañas. A través de jornadas de salud complementarias se han dado más de diez mil atenciones adicionales.

Adicionalmente, a través de la Resolución 6357 de 2016 del MSPS se autoriza la asignación directa de plazas que se encuentren vacantes o de las que se lleguen a crear para los ETCR o en las que se establezcan posteriormente, dentro de la implementación del Acuerdo Final y hasta su culminación.

Rehabilitación de reincorporados en situación de discapacidad

De forma conjunta con la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), se ha realizado el levantamiento de la información y caracterización de los reincorporados. El MSPS está a la espera de los resultados para dar inicio a la implementación de la ruta de rehabilitación funcional para la población en discapacidad y tener un dato más acertado del universo al intervenir.

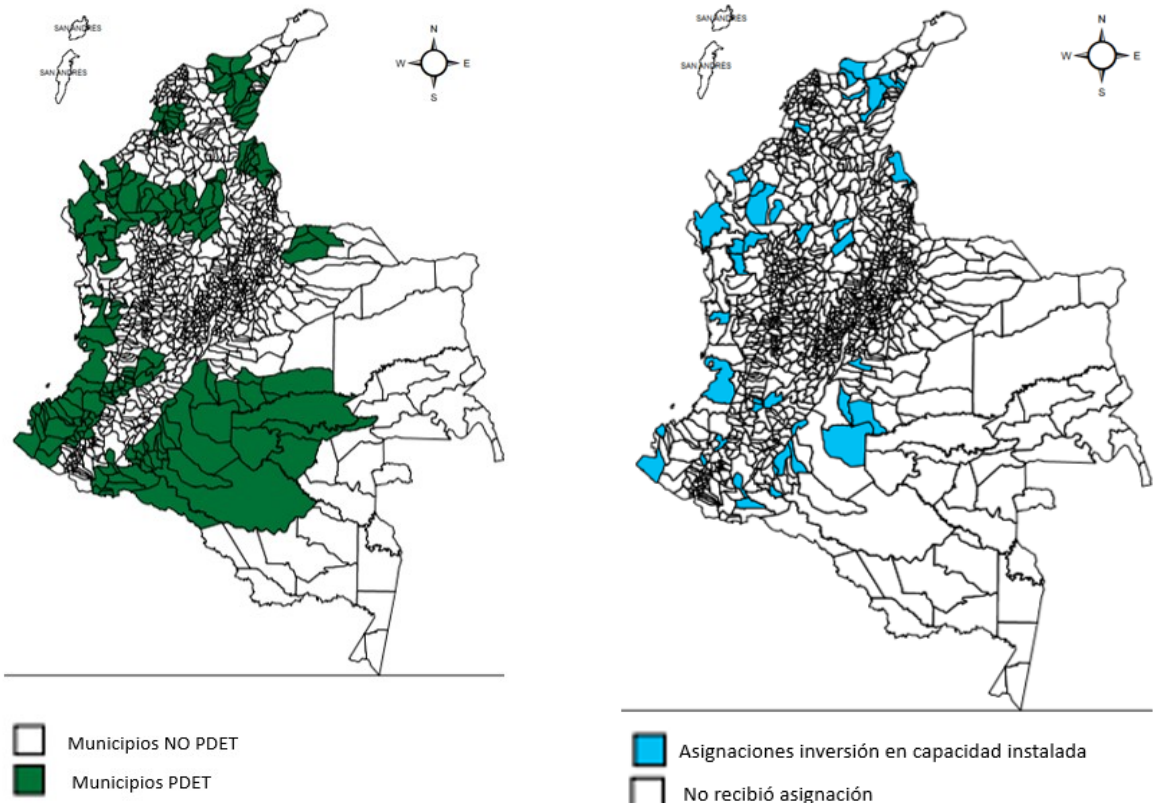
Por otro lado, se ha desarrollado una propuesta de proyecto de rehabilitación funcional dirigida a la cooperación internacional toda vez que, como se establece en el Acuerdos Final se requiere un esfuerzo financiero conjunto entre Gobierno y cooperantes para materializar el acceso integral a servicios de salud de los reincorporados discapacitados que se ubican en los 26 ETCR. Ello en el entendido de que existe una significativa demanda de servicios de rehabilitación y de que sus costos son altos, más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de la población se ubica en zonas dispersas del país y de difícil acceso.

Infraestructura y dotación

De los recursos asignados desde la Nación en la vigencia 2017 a través del MSPS, para la adquisición de ambulancias, dotación e infraestructura de los hospitales en los municipios del país (expuestos en la sección anterior), $55.576 millones se orientaron a 40 municipios de los 170 priorizados en los PDET, lo cual mejora el acceso a los servicios de salud a los colombianos que viven en estas zonas rurales y dispersas. En la siguiente ilustración se representa la ubicación de los municipios beneficiados con los recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) en esta materia.

Ilustración. Municipios PDET con recursos asignados 2017

A. Municipios PDET **B. Asignaciones inversión PGN**



Fuente: Cálculos MSPS-OAPES con base en Of. Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y Decreto 893 de 2017

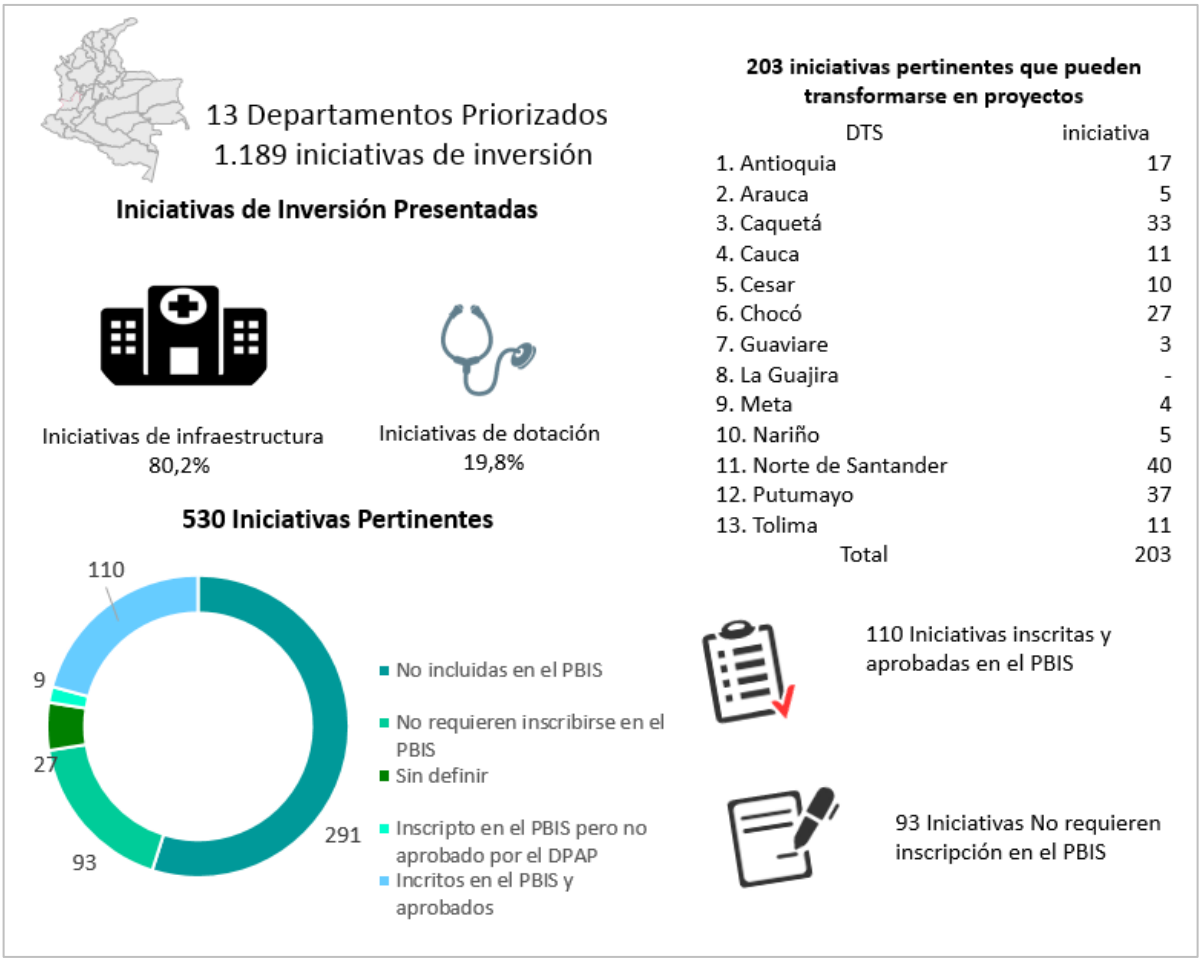
Diagnóstico participativo de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación), en zonas rurales dispersas

Con el fin de adelantar este diagnóstico, una vez se oficializó el Acuerdo Final con las FARC y en el marco de la normatividad sectorial (Ley 715 de 2001, Artículo 56 de la Ley 1450 de 2011 y Resolución 2514 de 2012), el MSPS generó

lineamientos y ha prestado asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) para la construcción del documento de planeación de necesidades de inversión, en el marco de los respectivos Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE y sus consecuentes Planes Bienales de Inversiones en Salud (PBIS) aprobados por el MSPS.

Gracias a esto y al trabajo en territorio, a la fecha se tiene un documento participativo inicial, para el fortalecimiento y desarrollo de la oferta pública de servicios de salud en los municipios priorizados en el escenario de posconflicto, construido con las iniciativas socializadas con los respectivos Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) y posteriormente presentadas a este Ministerio por las entidades territoriales competentes.

Ilustración. Iniciativas de inversión



DTS	iniciativa
1. Antioquia	17
2. Arauca	5
3. Caquetá	33
4. Cauca	11
5. Cesar	10
6. Chocó	27
7. Guaviare	3
8. La Guajira	-
9. Meta	4
10. Nariño	5
11. Norte de Santander	40
12. Putumayo	37
13. Tolima	11
Total	203

Fuente: Cálculos MSPS-OAPES con base en Dir. de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

Salud Para la Paz, Fortaleciendo Comunidades

El Proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades es una iniciativa del MSPS con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que busca el desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental, prevención del consumo de sustancias

psicoactivas (SPA), salud infantil y desnutrición en 25 municipios y 14 departamentos donde se ubican los 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).

Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final de Paz

El Plan Marco de Implementación (PMI) del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera fue elaborado por el Gobierno Nacional a través del DNP y la participación el MSPS (entre otras entidades[17]) para posterior aprobación en el marco del Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final (CSIVI) y el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

El documento que recoge el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera menciona cinco (5) dimensiones relacionadas directamente con el sector salud que son las siguientes:

1. Desarrollo social: con el propósito de acercar la oferta de servicio de salud a las comunidades, se creará el Plan Nacional de Salud Rural, el cual tendrá como criterios la construcción y mejoramiento de infraestructura en salud, dotación de equipos y adopción de nuevas tecnologías, talento humano cualificado, disponibilidad y permanencia de personal cualificado, prevención, promoción y atención en salud con enfoque diferencial y de género, atención a población dispersa, la creación de un "Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas" y la creación de un modelo de evaluación.

2. Seguridad alimentaria: Garantía progresiva del derecho a la alimentación; acceso y consumo de alimentos de calidad nutricional y en cantidad suficiente.

3. Estrategias de reincorporación económica: Establecer, excepcionalmente, para enfermedades graves de alto costo y para la rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto, un sistema especial con la cooperación nacional e internacional, en el marco del CNR, para su atención durante 36 meses.

4. Solución al problema de las drogas ilícitas: crear el Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas y el Sistema Nacional de Atención a Personas Consumidoras de Drogas Ilícitas.

5. Derechos de las víctimas: Reparación, ampliar la cobertura pública y el despliegue territorial de la atención psicosocial.

En esta materia, se logró concertación de los indicadores de seguimiento en los componentes de salud del Acuerdo. En las distintas dimensiones el MSPS participa con al menos 20 compromisos e indicadores específicos. En estos indicadores se ha adoptado el enfoque diferencial y de género.

Plan Nacional de Salud Rural

El primer punto del Acuerdo Final, “Hacia un Nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral”, tiene como objetivo sentar las bases para la transformación estructural del campo y lograr un relacionamiento equitativo entre el ámbito urbano y el rural. Para avanzar en este propósito y contribuir al cierre de brechas, se ha dispuesto poner en marcha los Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral, dentro de los cuales se incluye el Plan Nacional de Salud Rural–PNSR.

[17] El Gobierno inició la articulación del Plan Marco de Implementación del acuerdo final con las FARC en conjunto con la Agencia para la Renovación del Territorio (ART), el Departamento Nacional de Planeación, la Alta Consejería para el Postconflicto, DD.HH. y Seguridad y otras entidades vinculadas con los ejes temáticos del acuerdo en asuntos de salud como la Unidad para la Reparación Integral a las Víctimas, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Agricultura, así como las demás entidades miembros de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Consejo Nacional de Estupefacientes.

Durante febrero del 2017, en las mesas temáticas que se desarrollaron bajo el marco de la formulación del PMI, se trabajó sobre las primeras propuestas orientadoras que desarrollaran los criterios establecidos en el Acuerdo Final en relación al PNSR. Posteriormente, en julio de 2017, se inició de manera formal la formulación del PNSR, por medio del Taller "Colombia Renace-Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)". El objetivo principal de este taller fue establecer un diálogo ordenado entre los sectores que componen el Gobierno y la Agencia de Renovación Territorial (ART), de cara a la estructuración y puesta en marcha de los PDET, además de acordar conjuntamente las temáticas, instancias y actores necesarios para la implementación de los Planes Nacionales, los cuales deben de estar constituidos siguiendo las disposiciones del Acuerdo Final sobre un componente participativo.

Entre los meses de agosto y septiembre del mismo año, bajo la coordinación de la ART y con la participación de las FARC, se dieron discusiones relevantes que permitieron definir los lineamientos y alcance que deberían tener todos los Planes Nacionales. Para octubre de 2017 se definió entre los involucrados elementos puntuales que deberían desarrollarse y el enfoque participativo deseado para la construcción del plan.

En consonancia con lo anterior, durante el último trimestre de 2017 el MSPS adelantó discusiones y trabajos internos, con el fin de materializar los criterios definidos en el Acuerdo Final referentes al PNSR en acciones y metas. En el este periodo se obtuvo una versión preliminar del documento y se recibió retroalimentación informal por parte del DNP y la Alta Consejería Presidencial para el Posconflicto.

Siguiendo con la anterior metodología, en enero de 2018 se obtuvo el documento preliminar del Plan, el cual fue revisado y retroalimentado por parte de la Alta Consejería para el Posconflicto, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la Agencia de Renovación del Territorio, la Subdirección de Salud del DNP y el Grupo de Proyectos Especiales del DNP. Adicionalmente, se han generado espacios interinstitucionales con diferentes dependencias de la ART donde se ha delimitado de forma concreta la materialización del enfoque étnico y participativo que contempla el Acuerdo Final para la formulación e implementación del plan.

A su vez, se ha realizado el seguimiento a las iniciativas generadas en el pilar correspondiente al sector salud en desarrollo de las preasambleas veredales en el marco de la construcción de los PDET. Es pertinente anotar que la versión final del documento usará como insumo los resultados en salud de dichos PDET, a la luz de las líneas estratégicas del plan.

En cuanto a su contenido, el PNSR parte del reconocimiento de la salud rural como parte fundamental para el desarrollo y construcción de la paz estable y duradera, dado que ésta es considerada un elemento fundamental para crear condiciones de bienestar para la población rural y promover la transformación del campo colombiano. El documento preliminar del plan está constituido por cuatro componentes que interrelacionan entre sí:

a. Diagnóstico de la salud rural en el campo colombiano: El diagnóstico parte del análisis de los efectos del conflicto armado en la salud de la población y el análisis de las brechas entre el campo y la ciudad.

b. Instrumentos de política pública en los que se enmarca el plan: Se abarcaron las diferentes herramientas normativas y técnicas ya establecidas por el MSPS en desarrollo de sus competencias habituales, donde se identificaron puntualmente los planes y políticas que apuntan a los objetivos estratégicos planteados en el plan.

c. Definición de objetivos, justificación y alcance: El desarrollo de este componente partió de los insumos arrojados en los componentes anteriormente anotados y definió los objetivos y alcance del PNSR, dando lineamientos para el desarrollo de los siguientes componentes el plan.

d. Componente estratégico: Siguiendo los lineamientos otorgados por el Acuerdo Final se presentan las siguientes estrategias configuradas en cinco pilares: i) Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud Pública Acorde a las características de Población y Territorios; ii) Aumentar la cobertura del aseguramiento en zona rural; iii) Fortalecimiento

de la oferta de salud en el campo colombiano; iv) Estrategias de priorización de salud pública para el posconflicto; y, v) Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación.

e. Fases de implementación de la propuesta: La formulación del plan estará basada en la participación ciudadana y de los diferentes agentes en territorio y que, de la misma manera, la implementación, así como el seguimiento y evaluación, requerirán del compromiso decidido de las entidades territoriales y el empoderamiento de las comunidades. Cabe resaltar que el actual documento se encuentra el proceso de concertación con las diferentes instancias competentes y está sujeto a modificaciones.

De conformidad a lo anteriormente expuesto, el acto administrativo que adopte el documento final de PNSR deberá iniciar el trámite a finales del primer semestre del 2018.

Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición

De acuerdo con lo definido en el punto 5 del Acuerdo frente a la rehabilitación psicosocial, El MSPS ha liderado la construcción del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, la Agencia para la Reincorporación y la Normalización–ARN y el Centro Nacional de Memoria Histórica–CNMH, cuyo objetivo general consiste en contribuir a la construcción de convivencia, reconciliación y garantías de no repetición, a través de la rehabilitación psicosocial y la atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado, conforme a lo definido en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (AFP).

Las entidades involucradas decidieron incorporar en dicho plan, tanto las medidas de recuperación emocional a nivel individual a las que hace referencia el Acuerdo Final, así como lo mencionado frente a los componentes colectivo y comunitario, en sus tres líneas de estratégicas:

- Línea 1: Recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en los mecanismos del Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición–SIVJRNR.

En esta línea se desarrollan recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en la construcción de paz en el SIVJRNR y de manera particular en cada uno de sus mecanismos: Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Unidad Especial para la Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas y la Jurisdicción Especial para la Paz. En esa medida, se recogen buenas prácticas y lecciones aprendidas susceptibles de ser incorporadas en la implementación del Acuerdo, provenientes de la experiencia internacional en escenarios de justicia transicional al igual que de procesos ya desarrollados en Colombia en el marco de la Ley de Justicia y Paz y la Ley de Víctimas.

En la actualidad se está definiendo la propuesta metodológica que permita la socialización y adopción de dichas recomendaciones por parte de las instituciones y mecanismos del SIVJRNR, de tal manera que se incorporen en su práctica cotidiana y se prevengan acciones con daño en los diferentes actores que intervienen en la materialización de los acuerdos.

- Línea 2. Fortalecimiento de la oferta psicosocial y salud integral.

En el marco del punto 5.1.3.4.1. del AFP “Medidas de recuperación emocional a nivel individual”, y teniendo en cuenta los avances que como Estado se han dado frente a la atención psicosocial de las víctimas del conflicto, se incluye en esta línea la oferta vigente que deberá ser fortalecida de acuerdo con las competencias propias de las Entidades, buscando ampliar la cobertura y atender las afectaciones generadas por el conflicto armado.

Atendiendo a la finalidad del Plan de promover la convivencia y la no repetición, se ha considerado fundamental que esta línea también involucre el fortalecimiento de la atención psicosocial a los reincorporados, a la rehabilitación psicosocial

colectiva y a las estrategias de salud mental, que ya vienen desarrollando las entidades con competencia y que ofrecen una mirada integral a la construcción de espacios de convivencia democrática en los territorios.

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha revisado el fortalecimiento del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas–PAPSIVI, en términos de la necesidad de ampliar la cobertura territorial y poblacional a los lugares más apartados del país de acuerdo con lo definido en el punto 5.1.3.4. del AFP. Adicionalmente, se requiere fortalecer la respuesta institucional frente al daño psicosocial generado por hechos victimizantes como violencia sexual y desaparición forzada, entre otros.

- Línea 3. Estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición.

Esta línea presenta las bases para la construcción de estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición, enfatizando en los escenarios comunitarios con mayor afectación a causa del conflicto armado. Se construye bajo el reconocimiento de la experiencia territorial y se plantea como una contribución a la construcción de una paz estable y duradera, y con ello procesos de reconciliación sostenibles, de convivencia y como promotores de garantías de no repetición.

Las estrategias psicosociales comunitarias buscan convocar todos los grupos poblacionales presentes en el territorio, agrupados principalmente en población víctima del conflicto armado, población civil de los territorios priorizados, excombatientes de las FARC-EP u otros grupos, e integrantes activos y/o retirados de las Fuerzas Militares y de Policía, alrededor de procesos de construcción de paz, convivencia y reconciliación, basados en la interacción entre estos grupos, y no solo al interior de los integrantes de cada uno de ellos, como ocurre actualmente. Con esto, se busca que, con el establecimiento de diálogos, acuerdos y relaciones de convivencia, se reduzca el riesgo de nuevos hechos de violencia social o política, contribuyendo a generar garantías de no repetición.

Sobre esta base, se definieron en la mesa de trabajo las comprensiones frente a lo colectivo y lo comunitario en el marco del Plan, con el fin de tener comprensiones conjuntas que dialoguen al interior de cada una de las Entidades, con las estrategias o programas que se implementen, de acuerdo con las competencias. De manera particular, el MSPS iniciará un proceso de co-construcción metodológica acorde a los componentes definidos para esta línea en el Acuerdo, que responda a las necesidades de las comunidades que sean priorizadas. Actualmente se está avanzando en este desarrollo metodológico que permita iniciar las acciones territoriales.

IX. Acciones ante el fenómeno migratorio desde Venezuela

En cuanto al fenómeno migratorio desde Venezuela, el Ministerio dio respuesta con acciones concretas, como se detalla a continuación.

Magnitudes de la población migrante

- Colombianos retornados con sus familias[18] (algunas de ellas mixtas): 22.432 colombianos retornados y 1.950 deportados.
- Venezolanos en condición regular[19]: 376.572 personas, de las cuales 181.472 con PEP[20].
- Venezolanos con Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF): 1.624.915 personas.
- Venezolanos en condición migratoria irregular, incluidos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV): 442.462 personas.
- Venezolanos en condición migratoria irregular, no incluidos en RAMV: número indeterminado.

Atenciones en salud a nacionales venezolanos en Colombia

- Personas atendidas[21]: 24.727 (corte a diciembre de 2017).
- Cerca del 40% se atendieron en Norte de Santander; 9% en La Guajira; 7% en Riohacha y 7% en el Distrito de Barranquilla.

Notificación de eventos de interés en salud pública en inmigrantes de Venezuela

- Se notificaron alrededor de mil casos.
- Mayor notificación: Malaria, violencias de género, VIH/SIDA/mortalidad por SIDA, desnutrición aguda en menores de 5 años y tuberculosis.

Vacunación

- Cerca de 300 mil dosis a personas venezolanas en Colombia[22].
- Costos de los biológicos utilizados superan los 4 mil millones de pesos.

Ajustes normativos y de políticas públicas en salud

Los ajustes necesarios para actuar, desde el sector, ante este fenómeno se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro. Ajustes normativos y de política

Tema	Ajustes
Aseguramiento en	• **Decreto 2228 de 2017.** Aseguramiento de colombianos retornados o deportados con sus familias[23].

[18] Estimación Migración Colombia: 20-25% del total migrantes procedentes de Venezuela.
[19] Con cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia y PEP; susceptibles de afiliación al SGSSS.
[20] Permiso Especial de Permanencia (PEP).
[21] Fuente: Reportes Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Circulares 012 y 029 de 2017 del MSPS.
[22] Distribución por grupo etario: 85% menores de 5 años, 5% en gestantes y 10% mayores de 6 años.

Tema	Ajustes
salud	• **Resolución 5246 de 2016.** Listado censal para afiliación directa al régimen subsidiado. • **Resolución 3015 de 2017.** Permiso Especial de Permanencia-PEP, documento válido de afiliación[24].
Gestión de salud pública	• **Circular 025 de 2017.** Fortalecimiento de acciones de salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. • Circulares varias[25], algunas de manera conjunta con el INS. • **Formulación del Plan de Respuesta Sectorial para la atención del Fenómeno Migratorio**[26]. Incluye definición del plan básico de salud para inmigrantes irregulares. Prioridades: mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes; urgencias, vacunación, acciones de prevención y atención a personas afectadas por enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, inmunoprevenibles); transmitidas por vectores (malaria, enfermedad de chagas, dengue, leishmaniasis, tracoma); anticoncepción; violencias (especialmente de género y trata de personas); condiciones crónicas (diabetes, asma, hipertensión); trastornos de salud mental y epilepsia.
Financiamiento de atenciones en salud	• **Decreto 866 de 2017.** Recursos complementarios para atención de urgencias a inmigrantes sin capacidad de pago[27].
Gestión de la información en salud	• **Circulares 012 y 029 de 2017.** Modificación de RIPS para introducir el campo de nacionalidad de los extranjeros atendidos en salud en Colombia.

Fuente: Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios

Aseguramiento en salud

- Se registran más de 20 mil personas con Permiso Especial de Permanencia-PEP en la BDUA; cerca del 90% son afiliados al régimen contributivo.

Apoyo nacional fortalecimiento gestión salud pública entidades territoriales de frontera

- Transferencia de recursos para apoyar desarrollo de estrategias de prevención desde el enfoque comunitario que permitan mejorar la calidad de vida de la población pobre que reside en territorios de los departamentos de frontera especialmente afectados por el fenómeno migratorio; incluye la adquisición de unidades móviles.
- Inversiones en ESE de entidades territoriales fronterizas: i) Recursos para el fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud[28]; ii) Recursos para Sistema de Emergencias y Desastres[29].

---

[23] Antecedentes: Decreto 1770 de 2015. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del Territorio Nacional. Decreto 1978 de 2015. Por la cual se adoptan medidas para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados que han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela. Habilitación excepcional a EPS del régimen subsidiado intervenidas. Decreto 1768 de 2015 y 1495 de 2016. Condiciones de afiliación al SGSSS en el régimen subsidiado como población especial a través de listados censales que elaboran las entidades territoriales para colombianos repatriados, que han retomado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, vigencias anuales hasta diciembre de 2017.

[24] En armonía con la Resolución 5797 de 2017 (Cancillería) – Permiso Especial de Permanencia.

[25] Circulares desarrollan varios temas orientados a fortalecer acciones salud pública en entidades territoriales receptoras de inmigrantes. Desde vigilancia sanitaria en albergues temporales, detección y alerta temprana ante eventual presencia de virus y/o eventos reemergentes, transmitidos por vectores (zika, fiebre amarilla.); como también inmunoprevenibles (sarampión, rubeola y difteria).

[26] Objetivos Específicos del Plan: 1. Ubicar los procesos de la gestión de la salud pública más relevantes para abordar el fenómeno migratorio, estableciendo de qué manera se puede plasmar en acciones concretas para el territorio con el apoyo del nivel nacional; 2. Identificar y concertar estrategias y mecanismos de atención e intervención en salud, tanto para población migrante como también para comunidades receptoras; 3. Definir mecanismos de financiamiento, de fuentes territoriales, nacionales y de cooperación internacional, así como también acordar metodologías parar el seguimiento a las atenciones, intervenciones y recursos, desde el sector salud.

[27] La regulación de esta fuente de financiación de atenciones de urgencias a inmigrantes de nacionales de las 11 fronteras de Colombia, requirió incluir un artículo especifico en las leyes de presupuesto de las vigencias 2016 y 2017.

Gestión sectorial e intersectorial

- Participación del MSPS en la Comisión Nacional Intersectorial de Migraciones.
- Asistencia técnica permanente y continua a las entidades territoriales

Cooperación internacional

- Colocar en la agenda internacional la crisis en salud derivada de la migración venezolana.
- Gestiones con agencias de cooperación: USAID, Médicos sin Fronteras, PMA, AIDS Healthcare Foundation (AHF), Cruz Roja Colombiana, CICR y Cascos Blancos de Argentina.
- Reuniones en Presidencia de la Republica con la Unión Europea y agencias del sistema de Naciones Unidas.
- Se cuenta con el compromiso de la USAID por un monto de USD 2,5 millones.
- Se puso en marcha la primera fase, con duración de tres (3) meses, del Plan de Respuesta Humanitaria en Salud para población en situación de migración, formulado y ejecutado por la OPS en el marco del Plan de Respuesta Sectorial para la Atención del Fenómeno Migratorio. Entre las actividades financiadas se encuentra la contratación de seis (6) auxiliares de enfermería para apoyar la vacunación en Arauca, La Guajira y Norte de Santander. La financiación para esta fase asciende a USD$743.037, de los cuales USD$500.000 corresponde a fondos USAID.

Financiamiento desde el nivel nacional

- Para la vigencia fiscal 2017, el MSPS asignó $10 mil millones a las siguientes entidades territoriales: Antioquia, Arauca, Barranquilla, D.P., Bogotá D.C., Boyacá, Cauca, Cartagena D.T., Cesar, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Nariño, N. Santander, Putumayo, Santa Marta, Valle del Cauca y Vichada.
- Entidades territoriales a la expectativa de recursos vigencia 2018 y también por cuentas acumuladas que las IPS presentan a las direcciones territoriales de salud.

Acciones jurisdiccionales

- Tutelas varias que amparan el derecho a la salud de los inmigrantes irregulares, en contra de las entidades territoriales.
- Sentencias de la Corte Constitucional, las más relevantes, SU-677 de 2017, T-705/17, C-416/14 y C-834/07.

Agenda pendiente

- Definición de alcances del derecho a la salud de los inmigrantes incluidos en el RAMV.
- Definición de fuentes de financiación del plan de respuesta sectorial al fenómeno migratorio y su proyección en el mediano y largo plazo; incluyendo los recursos de concurrencia para la atención de urgencias.
- Concreción de recursos de cooperación internacional.

---

[28] Asignación de recursos de inversión del Presupuesto General de la Nación para el fortalecimiento capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud a la ESE Hospital Regional Norte del municipio de Tibú–Norte de Santander por un valor de $7.678 millones a través de la Resolución 5422 de 2015, para la remodelación, adecuación y ampliación de esta IPS pública.

[29] Para fortalecimiento del sistema de emergencias y desastres, los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander han recibido transferencias de la Nación por más de 18 mil millones de pesos en los 3 últimos años, para apoyo y dotación de la red de prestación de servicios de sus municipios, con equipos médicos y ambulancias de transporte asistencial (TAB y TAM).