



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DICIEMBRE DE 2012

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2012



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN DEL MINISTERIO

1. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y FLUJO DE RECURSOS

- i. Giro directo
- ii. Cambio de la tendencia en los recobros
- iii. Saneamiento fiscal y financiero de las IPS
- iv. Saneamiento de cartera
- v. Fondo de Garantías para el Sector Salud - FONSAET

2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- i. Actualización y unificación del plan de beneficios
- ii. Aumento de la UPC para 2012
- iii. Asistencia técnica para el ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de servicios de salud
- iv. Sistema Único de Habilitación
- v. Sistema Único de Acreditación
- vi. Sistema de Información para la Calidad
- vii. Infraestructura física hospitalaria
- viii. Telemedicina
- ix. Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud
- x. Desarrollo del talento humano en salud
- xi. Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS
- xii. Política farmacéutica

3. ASEGURAMIENTO

- i. Afiliación y coberturas

4. SALUD PÚBLICA

- i. Plan Decenal de Salud Pública
- ii. Salud Mental
- iii. Estilos de vida saludable
- iv. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

5. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

- i. Creación del Instituto de Tecnologías en Salud – IETS
- ii. Sistema Único de Información en Salud



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Introducción

En cumplimiento a lo establecido en el documento CONPES No. 3654 de 2010, por el cual se establece la “Política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos”, el Ministerio de Salud y Protección Social presenta a la ciudadanía el informe correspondiente a la vigencia 2012.

En este informe contiene los principales resultados y gestión realizada por el Ministerio en materia de sostenibilidad financiera y flujo de recursos del sistema de salud, prestación de servicios y acceso universal y equitativo. Así mismo, resalta los avances alcanzados en materia de salud pública y política farmacéutica, así como el fortalecimiento institucional

Presentación del Ministerio de Salud y Protección Social

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1444 de 2011, por medio de la cual “Se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la administración pública y la planta de personal de la Fiscalía General de la Nación y se dictan otras disposiciones”, se escindió del Ministerio de la Protección Social y se creó el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, el Decreto 4107 de noviembre de 2011 “Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social”, establece que el objetivo del Ministerio será, dentro del marco de sus competencias, “formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo”.

A través de dicho Decreto, se crea una Dirección de Epidemiología y Demografía, para fortalecer la información sobre el estado de salud de la población; una Dirección de Financiamiento que trabaja en la política y el seguimiento a las finanzas del sistema; una Oficina TIC, encargada de fortalecer los Sistemas de Información, así como una Oficina de Calidad como una dependencia que depende directamente del despacho del Ministro de Salud y Protección Social. Ésta última, busca enfocar la política y coordinar los esfuerzos institucionales para el logro de mejoras en la calidad en los siguientes campos del SGSS: atención y protección a los usuarios, salud pública, prestación de servicios de salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales. De esta manera, la Oficina le permite al Ministerio tener una mirada mucho más integral y global sobre la calidad en el sector salud y

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2012



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

permitirá generar y gestionar políticas, planes y proyectos de una manera mucho más integral y articulada dentro del Ministerio y con las otras entidades del sector.

Dentro del anterior marco normativo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido la siguiente misión y visión:

Misión Institucional: Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia.

Visión Institucional: En el 2021, ser ampliamente reconocida como la entidad rectora en el establecimiento de políticas que respondan adecuadamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social en salud, mediante procesos transparentes, armónicos y participativos.

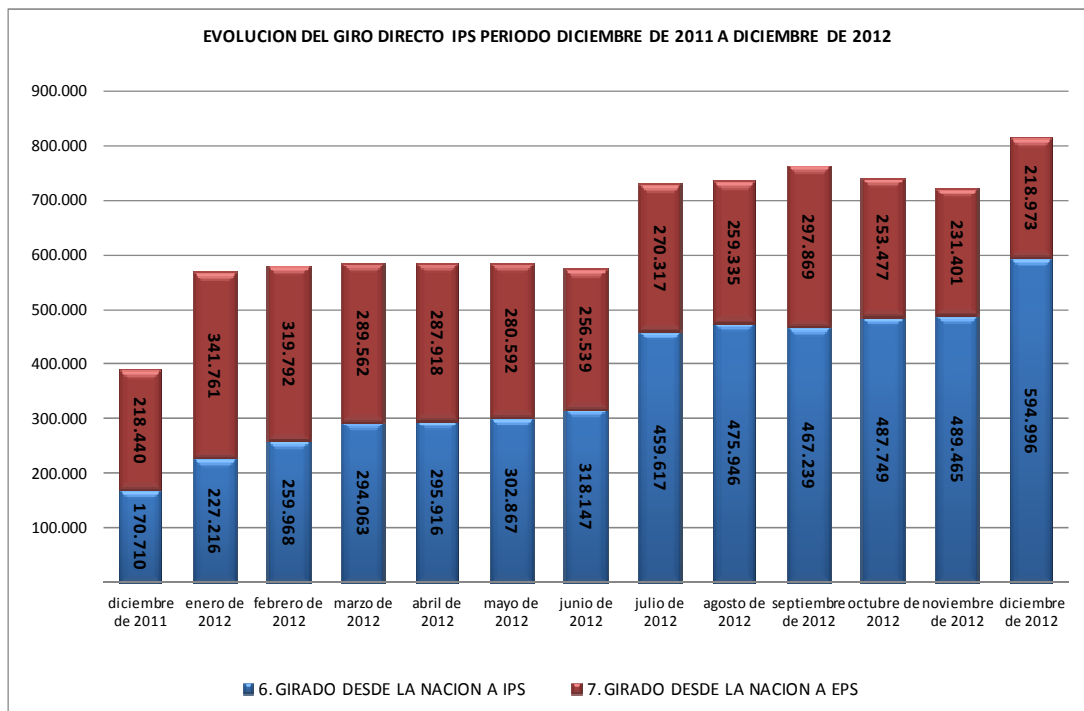
El Ministerio reconoce, valora y desarrolla el talento humano, la gestión del conocimiento y los recursos, para que el país cuente con políticas públicas orientadas al goce efectivo del derecho a la salud y protección social en salud



1. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y FLUJO DE RECURSOS

Giro Directo

- Desde que se implementó el mecanismo de Giro Directo (Abril de 2011), se han girado directamente a los prestadores -o IPS- \$5,27 billones a diciembre.
- De la cifra anterior, tan sólo en el 2012 se han girado \$4,6 billones directamente a IPS.
- En diciembre de 2012, el Giro Directo a las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS alcanzó el 73% del monto total girado desde el Fosyga. En el 2011, este porcentaje alcanzaba tan sólo el 44%.
- El giro llega a 2.059 IPS, de las cuales 992 son públicas.
- A EPS se giraron directamente en 2012 \$3,3 billones.



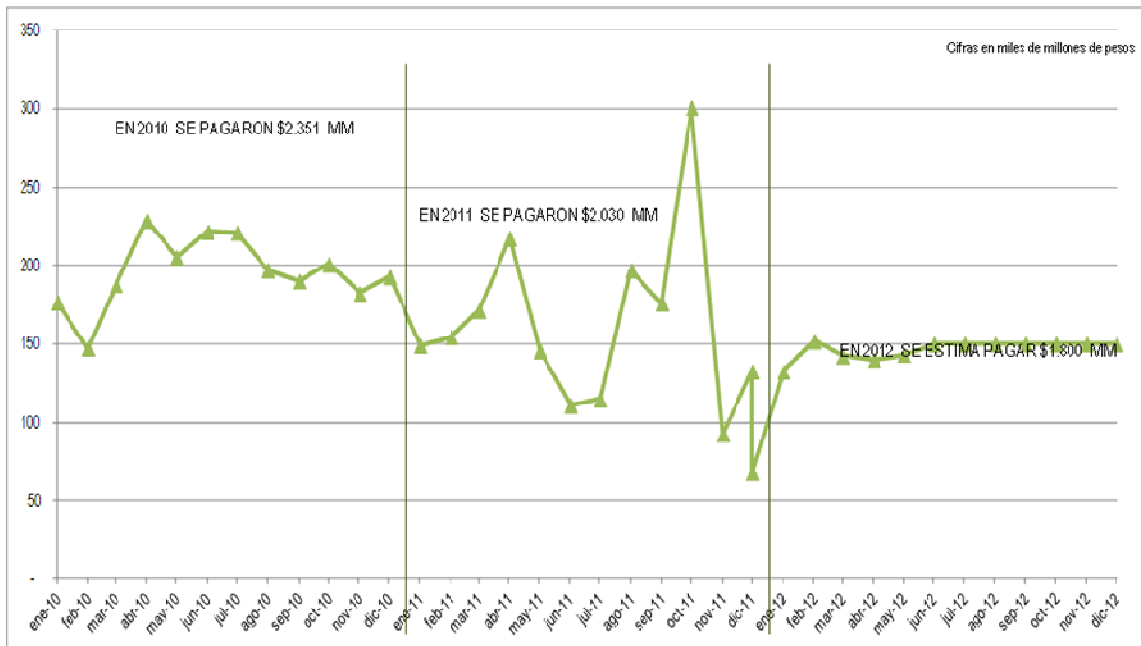
Cifras Millones de Pesos de \$. Fuente: Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, diciembre 2012



Cambio de la tendencia en los recobros

Entre 2010 y 2012 los gastos por eventos no incluidos en el POS han pasado de \$2,35 billones a 1,8 billones. A esta reducción han contribuido las medidas implementadas desde 2011, destacándose la fijación de valores máximos de reconocimiento, a través de la cual se han generado ahorros por cerca de \$200 mil millones.

HISTORICO DE RECOBRO PAGADOS 2010 - 2012 PAQUETES



Fuente: Ministerio de Salud

Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS

La Ley 1438 de 2011, ordenó que el Ministerio de Salud y Protección Social anualmente categorice el riesgo de las empresas sociales del Estado y que aquellas que sean categorizadas en riesgo medio o alto adopten un Programa de saneamiento fiscal y financiero que les permita superar las condiciones que generan el desequilibrio financiero.

Mediante Resolución 2509 de 2012 el Ministerio definió la metodología y categorizó a las empresas sociales del Estado del nivel territorial a partir de la información financiera reportada con corte a 31 de diciembre de 2011. En dicha categorización cerca del 40% de las ESE, fueron categorizadas en riesgo medio o alto.



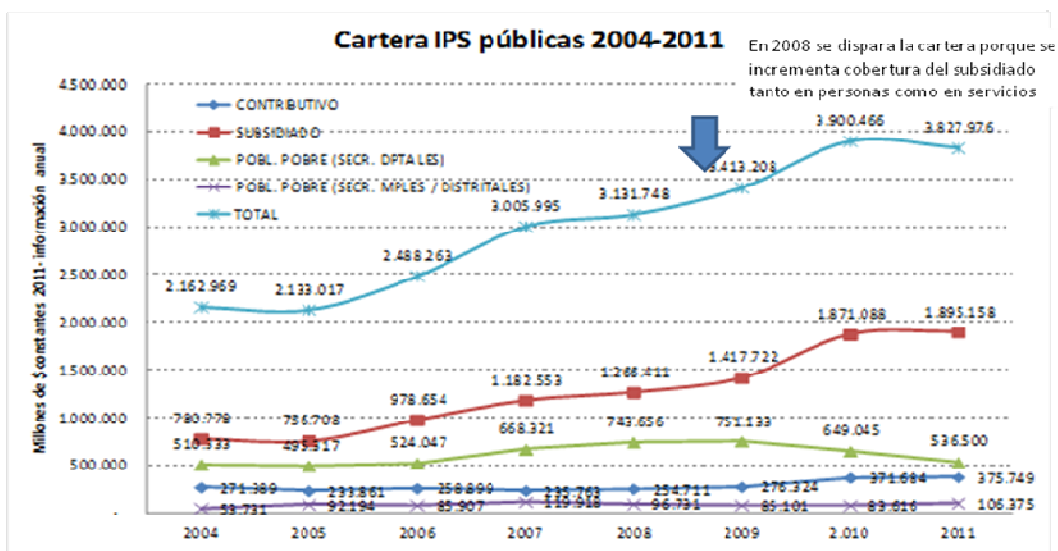
Posteriormente, mediante la Resolución 3467 de 2012, se adoptó el manual que establece las condiciones para la adopción del Programa de saneamiento fiscal y financiero por parte de las empresas sociales del Estado.

A la fecha se encuentra en trámite el proyecto de decreto que define los lineamientos generales para la adopción y operación y seguimiento de los Programas de saneamiento fiscal y financiero, dejando en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público los procesos de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los mismos. En igual sentido, se formuló el contenido del artículo 8 del Proyecto de Ley 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, por la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud, el cual está en la etapa de conciliación definitiva.

Se acordó un plan de saneamiento fiscal de 403 hospitales públicos de Colombia que se encuentran en riesgo financiero alto y medio. Este plan se llevará a cabo en el 2013 y será co-ejecutado con la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda.

Saneamiento de Cartera

Frente a la insuficiencia de los recursos territoriales que permitan cubrir las deudas por atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (población pobre no asegurada y los eventos no incluidos en el POS subsidiado), el Gobierno Nacional durante los años 2011 y 2012, se han asignado recursos a los departamentos y distritos por valor de \$709.294 millones de los cuales al 5 de diciembre de 2012 se han girado de manera directa a las instituciones prestadoras acreedoras \$648.294 millones (91,2%). Durante el mes de diciembre se espera asignar \$120.000 millones adicionales.





Fondo de Garantías para el Sector Salud – FONSAET

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

Durante el año 2011 se asignaron recursos por valor de \$48.087,5 millones a once instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para la vigencia 2012 se cuenta asignaron \$55.720 millones.

2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Actualización y unificación del plan de beneficios

Desde el 1 de julio de 2012 se alcanzó el 100% de unificación del plan de beneficios. Esto significa que los 22,4 millones de personas del régimen subsidiado reciben el mismo plan de beneficios del régimen contributivo, un logro destacable en materia de equidad en el servicio.

A partir de la Unificación los afiliados al Régimen Subsidiado tienen acceso no solo a la atención inicial de urgencias, sino a toda la atención de urgencias con cargo a la EPS. Además pueden disfrutar de aproximadamente 2.000 tecnologías en salud a las que antes no tenían acceso, consultas especializadas, exámenes diagnósticos especializados, hospitalización incluida la hospitalización en Unidad de Cuidados Intermedios, independientemente de la causa.

El nuevo Plan Obligatorio de Salud:

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



sicoterapia individual y grupal y con la ampliación de la cobertura de internación por estos conceptos.

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

Aumento de la UPC para 2013

El Ministerio de Salud y Protección Social incrementó para 2013 el promedio de la Unidad de Pago por Capitación en 3.89% para el régimen contributivo y en 17.37% para el régimen subsidiado.

En ese sentido, la UPC promedio del régimen contributivo que el Sistema de Salud reconocerá en el 2013 será de \$568.944.00 (quinientos sesenta y ocho mil novecientos cuarenta y cuatro pesos); y la UPC promedio del régimen subsidiado será de \$508.993.20 (quinientos ocho mil novecientos noventa y tres pesos con veinte centavos).

Para calcular el ajuste, el Ministerio reconoce que los costos son mayores en las ciudades, por lo que en el régimen contributivo hay un incremento del factor de riesgo del 6% actual al 10% en 2013, mientras que en el régimen subsidiado el factor de riesgo pasará del 7,5% actual al 15% en 2013.

Dicho factor de riesgo, aplicado hasta este año en 10 ciudades, se reconocerá en 30 municipios y distritos con una población superior a los 180.000 habitantes, entre ellas:

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2012



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Medellín, Popayán, Manizales, Tuluá, Ibagué, Armenia, Valledupar, Bello, Neiva, Bucaramanga, Pereira, Cali, Itagüí, Cúcuta, Santa Marta, Floridablanca, Bogotá, D.C., Villavicencio, Palmira, Barranquilla, Pasto, Cartagena, Montería, Sincelejo, Barrancabermeja, Soledad, Buenaventura, Soacha, Riohacha, San Andrés y Providencia.

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

Desde la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, se brindó asistencia técnica a la totalidad de las direcciones territoriales de salud, en los diferentes aspectos asociados a la implementación de la política de prestación de servicios de salud. En el caso específico de los temas de reorganización y rediseño de las redes de prestación de servicios, se hizo mayor énfasis en los departamentos de La Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Antioquia, Caldas, Valle del Cauca, Santander y Guaviare. Lo anterior conllevó además a brindar asistencia técnica en el análisis de esquemas modernos de operación de las IPS públicas, teniendo en cuenta el portafolio de servicios definido por la respectiva entidad territorial y la categorización del riesgo fiscal y financiero.

Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

Con el fin de contar con los insumos que permitan el ajuste de las estrategias que hacen parte de la política de prestación de servicios, durante 2011 y 2012, se desarrollaron acciones de seguimiento y evaluación, entre las que se destacan las siguientes:

- Seguimiento de la gestión de las IPS públicas, en los aspectos de calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera.
- Evaluación de la gestión de las Direcciones territoriales de salud e IPS públicas, incluidas en convenios de desempeño en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud.
- Seguimiento de la evolución de la cartera hospitalaria.

Para el final del mes de diciembre de 2012 se espera contar con la tercera medición del impacto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud que involucra los resultados de gestión de las IPS públicas así como la percepción de calidad por parte de los usuarios de los servicios.

Sistema Único de Habilitación

Respecto a la norma que establece los estándares que deben ser cumplidos por los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud que operan en el país, se presentan avances en el ajuste y actualización de las normas, siendo de destacar los cambios de forma que buscan



volver más amigable la herramienta para todos los usuarios del sector y facilitar la homologación en la evaluación.

Igualmente, en relación con los cambios de fondo, se hacen explícitas y obligatorias la adopción de buenas prácticas de seguridad y se propone la adecuación a lo preceptuado en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011. La norma actualizada será expedida antes de finalizar el primer trimestre de 2013.

Para adelantar la habilitación previa de los servicios de oncología se suscribió el convenio interadministrativo N°408 DE 2012, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología con el objeto de apoyar al Ministerio en la verificación de las condiciones técnico científicas de habilitación de 219 servicios oncológicos en la zonas norte y sur del país. Para planear esta verificación se tuvo en cuenta la siguiente línea de base, tomada de la información registrada en el REPS:

- Total de IPS: 942
- Total servicios: 2.303
- Total Prestadores que han solicitado habilitación a partir de Enero de 2011: 297
- Total servicios que solicitan ser habilitados: 524

De octubre 1° a noviembre 30 de 2012, el total de servicios verificados ha sido:

- Quimioterapia: 13
- Consulta externa: 100
- Quirúrgicos: 14
- Total de servicios verificados: 127
- Total de servicios con concepto favorable: 1(1.27%)

Sistema Único de Acreditación

Es una estrategia para que las entidades que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, a través de una herramienta de gestión gerencial que impacta de manera notable en la gestión clínica y en la satisfacción del usuario. Está reglamentada por la Resolución 1445 de 2006, la Resolución 3969 de 2008 y la Resolución 123 de 2012. A diciembre de 2012 se cuenta con 25 instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, 9 de ellas públicas y 16 privadas. 4 de baja complejidad, 3 de mediana complejidad y 18 de alta complejidad.

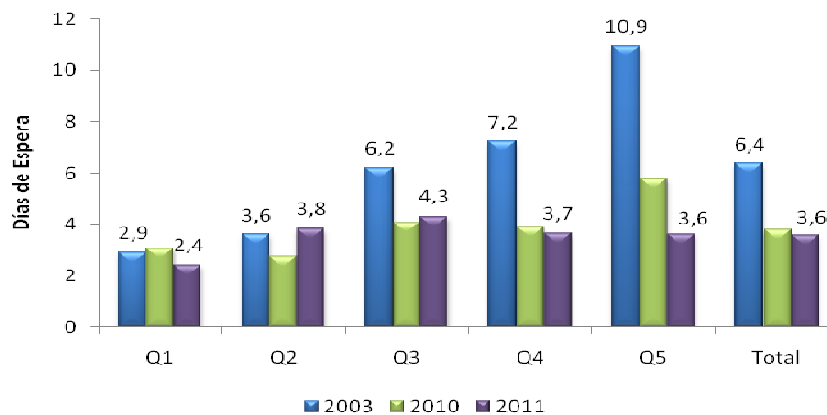


Sistema de Información para la Calidad

El sistema de información para la calidad, tiene como filosofía la obtención de información generada en los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad e incentivar su utilización para desarrollar gestión basada en hechos y datos, estimular la referenciación competitiva basada en la calidad de los servicios y permitir a los usuarios la selección informada de sus proveedores de servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes. A partir de los datos generados a través de dicho sistema se encuentra que ha aumentado la detección precoz del cáncer de cuello uterino (62,86% a diciembre de 2011 y 72,39% a junio de 2012), y la proporción de cirugías electivas canceladas se ha mantenido por debajo de la meta de 10 días.

Otro indicador de calidad que ha mejorado son los días de espera para una consulta general. La espera paso de 6.4 días en promedio en 2003 a 3.6 en 2011.

Días de espera para consulta general



Fuente: ECV, cálculos MPS

Infraestructura Física Hospitalaria

En relación con la asistencia técnica para el fortalecimiento de la infraestructura física destinada a la prestación de servicios de salud, se otorgó viabilidad técnica al desarrollo de 172 proyectos de infraestructura de 22 departamentos con un valor de inversión de \$329.769 millones de pesos, que involucran el mejoramiento de 196.000 metros cuadrados de infraestructura física de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

Adicionalmente se apoyó en los aspectos técnicos y financieros la ejecución de obras de adecuación de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de 16 departamentos afectadas por el fenómeno de la niña 2010-2011; la inversión de las obras ya culminadas asciende a \$48.975 millones.



En el marco de la política de hospitales seguros con el Programa de vulnerabilidad sísmica, en la vigencia 2011, se brindó asistencia técnica y apoyo financiero a 8 Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas de amenaza sísmica, para la ejecución de obras de reforzamiento. El valor de las obras ascendió a \$ 15.100 millones de pesos. Para la vigencia 2012, se incluyeron cuatro instituciones adicionales con una inversión adicional de \$15.088 millones.

Telemedicina

Para el fortalecimiento de la telesalud que hace parte de la estrategia de salud electrónica del país, durante 2011 y 2012 se han obtenido los siguientes avances:

- Formulación de la estrategia de salud electrónica del país, que involucra, entre otros la prestación de servicios por la modalidad de telemedicina
- Gestión con el Ministerio de Tecnologías de Información y las Comunicaciones para la disposición de la red de banda ancha y conexión con fibra óptica de 184 de IPS públicas ubicadas en 10 departamentos
- Se encuentra en proceso de ajuste la normativa que define los criterios de habilitación para la prestación de servicios con modalidad de telemedicina que permita el fortalecimiento de la resolutivez en la baja complejidad.
- Definición de procesos operativos estandarizados para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina para los escenarios: Domiciliario y comunitario, Pre hospitalario, Consulta externa (general y especializada), Urgencias, Cuidado de paciente hospitalizado, Cuidado de paciente críticamente enfermo, Ayudas diagnósticas (imágenes, laboratorio y complementarios)
- Según reporte a 1 de diciembre de 2012, se cuenta con 428 sedes de prestadores con servicios bajo la modalidad de telemedicina habilitados, efectivamente activos, 127 de las cuales son sedes de prestadores públicos.
- Se está elaborando el curso virtual para inducción de los profesionales recién egresados que van a iniciar el Servicio social Obligatorio con contenidos concertados con las Direcciones departamentales y Distritales de Salud, se espera que entren en funcionamiento antes de finalizar el año.
- En el tema de I+D+I, se encuentra activo el nodo de innovación en salud en el marco del Subsistema de innovación para el uso y apropiación de las TIC en el gobierno liderado por el ministerio de TIC. El Nodo de Innovación en Salud está conformado por entidades públicas, la academia, centros de desarrollo tecnológico, centros de excelencia y empresas del sector privado. Este nodo se dedicará fundamentalmente a ofrecer productos, servicios y soluciones al sector salud con el fin de contribuir con el cierre de la brecha de las inequidades en salud, a partir del uso y apropiación de las TIC dentro del marco de la Estrategia de Gobierno en línea (GEL), en busca de la



construcción de un Estado más eficiente, más transparente, más participativo, mejorando el modelo de salud actual. El vector 3 de desarrollo del nodo establece como línea temática TIC para el acceso a la salud donde se tienen previstos el desarrollo de los temas asociados a la telemedicina incluida la utilización de la telefonía móvil.

Planes de gestión de gerentes de Empresas Sociales del Estado

En desarrollo de los preceptos contenidos en los artículos 72 y 73 de la Ley 1438 de 2011 relacionada con la presentación por parte de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del plan de gestión y los mecanismos y criterios para la aprobación y evaluación por parte de las juntas directivas de dichas instituciones, se expidió la Resolución 710 de 2012, se procedió a su implementación brindando capacitación a los Gerentes, miembros de Juntas Directivas y a los funcionarios de las Direcciones de Salud Departamentales, Distritales, para ello se realizaron 12 capacitaciones con las cuales se cubrieron todas las regiones del país.

Víctimas, desplazados e INPEC

En el marco de lo definido por la Ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios, y siendo la prestación de los servicios de salud una medida de Atención y Asistencia con efecto reparador, y con enfoque diferencial y perspectiva psicosocial, se elaboró el “Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas”, el cual se integra al Programa de Atención Psicosocial a Víctimas, plasmando en estos los lineamientos de la atención integral, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de superar o disminuir el daño físico, emocional y/o psicológico, consecuencia del hecho victimizante.

Entre los objetivos específicos del Protocolo se contempla:

- Proporcionar a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las herramientas necesarias para garantizar y brindar a las personas víctimas una atención humana, con calidad y carácter reparador.
- Facilitar el acceso oportuno de la población víctima a las atenciones en salud.
- Articular la prestación de servicios de salud con los demás mecanismos de atención.
- Fortalecer los mecanismos de registro existentes para lograr el adecuado seguimiento de atención en salud de las víctimas.
- Contribuir a la formación de funcionarios de los entes territoriales y de entidades de sociedad civil en la implementación y seguimiento de las estrategias de atención psicosocial.
- Mejorar la atención a las personas, familias y comunidades, reconociendo sus necesidades específicas como víctimas.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

A partir de dicho protocolo, los prestadores de servicios de salud deberán diseñar e implementar procesos y procedimientos encaminados a garantizar una atención oportuna, integral y con calidad a las personas víctimas identificadas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de manera integrada con las entidades promotoras de salud.

De otra parte, y en el marco la garantía de la prestación de servicios de salud a la población desplazada, en cumplimiento de las sentencias de la Corte Constitucional T-025 de 2004 y T-045 de 2010, se brindó asistencia técnica a los departamentos, municipios y representantes de dicha población.

En cuanto a la prestación de servicios a la población privada de la libertad, se desarrolló una primera fase de construcción del modelo de atención para dicha población, con intensificación en las líneas de salud sexual y reproductiva y consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, y en relación con la prestación de servicios de salud a los pueblos indígenas, la población afro y los gitanos, se brindó asistencia técnica a los departamentos de las regiones donde se encuentran asentadas estas poblaciones.

Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud

La estrategia de Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, se ha venido desarrollando de manera gradual y con la participación amplia de todos los actores de orden nacional y territorial en el país. Este proceso comprende cuatro grandes fases:

- Fase de conceptualización y elaboración del Documento Marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia.
- Fase de pilotaje, en la cual se ordena mediante resolución del MSPS expedida en el mes de diciembre de 2012, la realización de un modelo operativo piloto para la gestión de los servicios de salud en 36 territorios que representan a distritos y municipios de cada uno de los departamentos del país, con una duración estimada de un año a partir de enero de 2013;
- Fase de elaboración y promulgación de normas jurídicas y técnicas para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y redes integradas de servicios, en todo el país, con posterioridad a la realización del pilotaje y



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

- Fase de despliegue e Implementación del Modelo Operativo del Sistema de Salud en todo el territorio nacional, subsecuente a la promulgación de las normas reglamentarias.

Desarrollo del Talento Humano en Salud

La calidad de la atención en salud depende en gran medida de la calidad del talento humano asistencial y administrativo. En ese sentido, el Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, ha fortalecido los sistemas de aseguramiento de la calidad en los sectores salud y educación, buscando una mayor articulación entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud en los procesos de formación de auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas.

La Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, organismo de coordinación de los Ministerios antes mencionados, ajustó recientemente el modelo de evaluación de la relación docencia servicio, como factor fundamental de la calidad de los programas de educación en salud. Este nuevo modelo promueve y orienta a las instituciones en el cumplimiento de los criterios y requisitos de calidad de los procesos de formación.

Se está promoviendo la formación de médicos especialistas mediante el fortalecimiento del programa de becas crédito Ley 100/93. Este año se ofrecieron 1.200 nuevas becas, con una inversión de \$36.911 millones, siendo la cifra más alta en la historia de este programa. En promedio hoy se benefician cerca de 3.200 residentes provenientes de todo el territorio nacional.

Para facilitar la actualización y capacitación permanente del personal de la salud, se ha presentado un proyecto reglamentario del Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud, socializado y enriquecido con aportes de organizaciones de la academia y el sector salud. El proyecto se encuentra disponible en la página web del Ministerio. En forma paralela, se están desarrollando cursos y programas de formación continua a través de metodologías no presenciales en temas como APS, guías de atención integral, atención integral de víctimas e inducción al Servicio Social Obligatorio.

Con el concurso de la Academia Nacional de Medicina, las asociaciones de facultades del área de la salud, los colegios profesionales y otras agremiaciones, se están definiendo las competencias de las profesiones de la salud, como instrumento para armonizar los procesos de formación con las necesidades de salud de la población y las características del sistema de salud y sus instituciones. Varias profesiones han desarrollado sus propuestas que están en proceso de revisión.



Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS

El Sistema de Evaluación y Calificación de Actores tiene por objeto la evaluación del desempeño y resultados de IPS y EPS de manera que apoyen la toma de decisiones por parte del usuario, corrijan las asimetrías de información y permitan a las EPS convertirse en compradores inteligentes de servicios, ser un incentivo para el mejoramiento de la calidad y dar un insumo para los entes encargados de la inspección, vigilancia y control para hacer seguimiento a quienes no logran los resultados esperados y tomen las medidas pertinentes.

Para lograr este objetivo el Ministerio definió un plan de trabajo donde el producto final es el **Sistema de Evaluación y Calificación de Actores** definido por el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Este sistema funcionará de manera articulada con las prioridades y metas que se definan en el Plan Decenal de Salud Pública y en los demás lineamientos de política del sector salud y se alimentará de múltiples fuentes de información como mediciones específicas, informes regulares y otros instrumentos como por ejemplo estudios o encuestas.

La estructuración del Sistema avanza en las cuatro fases que se definieron: en la primera fase se construyó un catálogo unificado de los indicadores útiles para la evaluación, consolidados en un solo lugar y estructurados de acuerdo con dimensiones de análisis claras. En la segunda fase se priorizaron los indicadores con base en un conjunto de criterios objetivos discutidos con expertos metodológicos y técnicos de cada tema al interior del Ministerio y en el marco de las prioridades nacionales en salud y los objetivos del SGSSS, en esta fase también se afinan las fichas técnicas de estos indicadores y se estructura la información existente. En la tercera fase se ha logrado, a través de un proceso discusión técnica con equipos especializados afinar los indicadores propuestos. Finalmente en la cuarta fase el Ministerio realizará la definición de los criterios de evaluación. En todas las fases se ha tenido siempre en cuenta la referenciación internacional ya sea para la definición de indicadores, para la definición de metas o para la definición de metodologías de trabajo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de la Oficina de Calidad realizó la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, consultando a afiliados de cualquiera de los dos regímenes de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que hubieran utilizado los servicios de su EPS al menos una vez en el último año.

Se realizaron un total de 16.578 encuestas a personas que hubiesen utilizados servicios de salud en los últimos 6 meses. El tamaño de muestra se calculó de manera que fuera representativo por cada EPS de manera que permitiera evaluar el desempeño de estas en las diferentes obligaciones que la Ley 1122 de 2007 establece para el aseguramiento.

El objetivo principal de esta encuesta fue evaluar las características de calidad que tienen los ciudadanos sobre las EPS a la que están afiliados a lo largo de la cadena de prestación de servicios de salud. Específicamente se buscó calificar el desempeño de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado a partir de la experiencia de sus afiliados cuando usan los



servicios de salud. Al mismo tiempo establecer el nivel de satisfacción del usuario acerca de la calidad desde diferentes dimensiones. Esta encuesta se convierte en un insumo para la construcción del ordenamiento de las EPS que contempla además dimensiones adicionales, y se convierte en una línea de base en el proceso de consolidación de un sistema de seguimiento periódico de la percepción de los usuarios con respecto a la EPS que se encuentran afiliados. Los resultados obtenidos de esta encuesta se pueden consultar en <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>.

A continuación, algunos resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS:

Ordenamiento de EPS del régimen

GRUPO	EPS
ALTO	ALIANSA SALUD COMFENALCO VALLE E.P.S. EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN-DEPARTAMENTO MEDICO EPS PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA SURAMERICANA
MEDIO ALTO	CAFE SALUD COLPATRIA COMPENSAR CRUZ BLANCA SALUD TOTAL SANITAS
MEDIO BAJO	COOMEVA FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES NUEVA EPS SALUD COOP SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPSS.O.S. S.A.
BAJO	FAMISANAR GOLDEN GROUP HUMANA VIVIR SALUD VIDA SOL SALUD

contributivo

Fuente: Encuesta de Evaluación de EPS. Ministerio de Salud y Protección Social 2012



Ordenamiento de EPS del Régimen Subsidiado

GRUPO	EPS
ALTO	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS CAFE SALUD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR" CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DE TOLIMA COMF CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR" CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO EPS PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA PIJAO SALUD SELVA SALUD
MEDIO ALTO	ASMETSALUD ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE CAPRESOCA COMPARTA EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E. MALLAMAS

GRUPO	EPS
MEDIO BAJO	ASOCIACION INDIGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRAO DUSAKAWI CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO COMFABOY COMFAMA CONDOR COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIEN ECOOPSOS MANEXKA EPSI
BAJO	ANASWAYUU CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO SECCIONAL DE SA CAPITAL SALUD CAPRECOM COLSUBSIDIO COMFACUNDI CONVIDA HUMANA VIVIR SALUD VIDA SOLSALUD

Fuente: Encuesta de Evaluación de EPS. Ministerio de Salud y Protección Social 2012



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Política Farmacéutica

El 30 de agosto de 2012 se aprobó el CONPES Social 155 sobre “Política Farmacéutica Nacional”, cuyo objetivo es desarrollar las estrategias que posibiliten a la población colombiana el acceso equitativo, el uso racional y calidad de los medicamentos y servicios farmacéuticos bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento.

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

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social incluyó 165 principios activos en listado de topes para recobro de medicamentos. Mediante Resolución 2569 de 2012 el Ministerio estableció los valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, de 165 principios activos no incluidos en los planes de beneficios. La medida se amplía a más de 4.800 presentaciones comerciales de medicamentos y cubre más del 90% de los recobros de medicamentos.

Con la expedición de esta Resolución se genera un ahorro, para los medicamentos incorporados. Así, se ha quebrado la tendencia creciente del gasto público de medicamentos. Con corte a noviembre de 2012, los ahorros por fijación de valores máximos de reconocimiento alcanzaban los \$254.000 millones.

3. ASEGURAMIENTO EN SALUD

Afiliación – Coberturas

El número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con corte al 30 de noviembre de 2012 asciende a 44'592.311, alcanzando una cobertura del 95,72% frente a la población total. En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los afiliados en el régimen contributivo y subsidiado y su peso porcentual:



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

(Régimen Subsidiado y Contributivo)

Régimen	Personas afiliadas	% de la población total
Contributivo	19.907.992	44,64%
Subsidiado	22.462.263	50,37%
Excepción	2.222.126	5,98%
Población Cubierta	44.592.311	95,72%
Total población según DANE para el año 2012		46.581.823

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

4. SALUD PÚBLICA

Plan Decenal de Salud Pública

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



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



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

En diciembre de 2012 culminó con éxito la fase de análisis cualitativo de los insumos recogidos a lo largo y ancho del país para su formulación. El Ministerio de Salud y Protección Social, encargado del análisis de la información, honró las voces ciudadanas, comunitarias, de la sociedad civil, del sector salud y de los otros sectores que hicieron sus aportes en los más de 235 talleres de consulta llevados a cabo durante todo el año 2012.

El avance del proceso de formulación del Plan es del 95%, el cual será llevado a principios de enero de 2013, luego de la revisión con expertos, a consulta con los titulares de otras carteras, para la negociación de alto nivel. En el transcurso de enero será promulgado el Decreto que lo avala como política pública de Estado.

Salud Mental

En el componente de salud mental, el Ministerio de Salud y Protección Social viene adelantando un proceso a través del cual, con la modificación realizada al Plan Obligatorio en Salud (POS), se enmarca la prestación de servicios en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS), específicamente en los componentes de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Este proceso, permite avanzar en la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud, incrementar y aumentar la frecuencia de uso de los mismos. De forma complementaria, los Acuerdos 031 y 032, unifican estas prestaciones de servicios para los regímenes contributivo y subsidiado.

En Colombia el plan obligatorio de salud modificado y actualizado por el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES incluye un amplio listado de posibles intervenciones; los siguientes son los principales avances con relación al POS:

- La internación total o parcial (hospital día) pasó de 30 a 90 días, independientemente del régimen de afiliación y a cargo de la Entidad Promotora de Salud.
- La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, que previamente estaban restringidas a los 30 primeros días de evolución y solamente durante la fase aguda, se cubre hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.
- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, que previamente estaban restringidas a los 30 primeros días de evolución y solamente durante la fase aguda, se cubre hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad. La



sumatoria de estas dos psicoterapias da a cada usuario la posibilidad total de hasta 60 psicoterapias al año.

Con el Acuerdo 029 se da atención preferente a los grupos conformados por: las mujeres víctimas de violencia de cualquier edad, los menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar y/o con casos de abuso sexual y/o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia y/o con uso de sustancias psicoactivas y/o con discapacidad.

Con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta local, se han desarrollado procesos de asistencia técnica, formación y capacitación. En el primer semestre 2012 se desarrollaron tres tipos de eventos:

1. Tres eventos para la formación de pares comunitarios en herramientas de conciliación, a través de los cuales se busca brindar herramientas que permitan la articulación de la labor en conciliación en equidad con la Política Nacional en Salud Mental y facilitar la construcción de conocimiento en torno a la Salud Mental a partir de las experiencias en el trabajo de conciliación en equidad. Los eventos se realizaron en Cartagena, Ibagué y San Gil.
2. Tres eventos regionales de cooperación horizontal en San Gil, Pereira y Mocoa, cuyo propósito fue hacer posible una cooperación entre entidades territoriales orientada a generar, implementar y evaluar iniciativas de inversión y gestión que contribuyan a optimizar el acceso, la cobertura y la capacidad resolutive en la prestación de servicios de salud mental de baja complejidad promoviendo la participación activa de las comunidades. Además de se incluyó la experiencia de 6 asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias, las cuales vienen trabajando de la mano con el MSPS, quienes en cada encuentro presentaron su experiencia organizativa y de trabajo y facilitaron la articulación con los referentes de los territorios presentes en el evento. Los tres eventos se realizaron en alianza con la Fundación Universitaria Sanitas y con un operador de la región anfitriona. Cada evento contó con la participación de aproximadamente 100 personas de diversas regiones del país.
3. Tres eventos de capacitación modular en las ciudades de Manizales, Cúcuta y Chocó. Esta capacitación tiene el propósito de brindar herramientas técnicas y operativas que faciliten a las entidades territoriales la implementación del componente de salud mental desde la estrategia de Atención Primaria en Salud, se desarrolla a través de cuatro módulos como se muestra a continuación:



Nombre del Módulo	Perfil de los participantes
Fortalecimiento de competencias profesionales	Médicos (as), enfermeras (os), psicólogos (as) de DTS, EPS, IPS, ESE
Atención en salud mental en el marco del SGSSS dirigido a personal administrativo.	Funcionarios administrativos de las EPS (auditores, facturadores, coordinadores administrativos y subgerentes de EPS e IPS).
Gestión del conocimiento e investigación	Miembros de grupos de investigación en salud mental.
Fortalecimiento de la capacidad de respuesta comunitaria en salud mental.	Líderes comunitarios, trabajadores sociales, auxiliares de salud pública y auxiliar de enfermería. (También se pueden incluir referentes departamentales y personal de atención al usuario de EPS e IPS interesados en el tema).

Fuente: Dirección Promoción y Prevención, Grupo Salud Mental

Promoción de estilos de vida saludable

Los siguientes son algunos logros alcanzados en 2012 en la promoción y prevención de estilos de vida saludable:

- Se expidió la Resolución 2508 del 29 de agosto de 2012 “Por la cual se establece el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o grasas saturadas”.
- En asocio con los Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y de Comercio Industria y Turismo se elaboró y validó el lineamiento para la promoción del consumo de frutas y hortalizas.
- Se expidió la Resolución 1309 de 2012, por medio de la cual se crea el Comité de Empaquetado y Etiquetado de Productos de Tabaco.
- Elaboración de documento de lineamientos de actividad física en el país, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud.
- Se culminó con éxito el proyecto piloto del programa “Once por la Salud de Colombia” en 4 ciudades del país con dos colegios públicos y uno privado en cada ciudad. Nos preparamos para el escalonamiento nacional en el 2013.
- Se publicaron las guías para el fomento de los estilos de vida saludable de las instituciones de educación superior promotoras de salud. En ellas está la hoja de ruta para el fomento de los estilos de vida saludable, incluyendo la actividad física en las universidades e instituciones de educación superior.
- Se expidió el Decreto 1686 del 9 de agosto de 2012 "Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano".



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

Durante el 2012 se realizaron jornadas de vacunación contra el DPT (Difteria, tos ferina y el tétanos), logrando una cobertura del 76% de la población objetivo, beneficiando a 657.744 niños y niñas menores de un año. De igual forma, se vacunaron durante el 2012 contra la Tripe Viral a 673.870 niños y niñas de un año logrando una cobertura del 78,3%.

Se logró vacunar en primeras dosis a 360.012 niñas contra el Virus del Papiloma Humano VPH, logrando una cobertura del 96%. De igual forma, se inició con el programa de segundas dosis y se logró vacunar 281.767 niñas que representan el 75,4% de las vacunadas en primeras dosis. Se espera en los primeros meses del 2013 lograr la cobertura del 100% en primeras y segundas dosis e iniciar en el mes de febrero con las terceras dosis.



San Andrés, Boyacá, Sucre, Caldas y Risaralda son los departamentos que registran mejores coberturas en vacunación contra el VPH

5. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Creación del Instituto de Tecnologías en Salud – IETS

El Instituto de Tecnologías en Salud, creado en septiembre de 2012, “será el responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico Científico y para los prestadores de los servicios de salud”, según se establece en la Ley 1438 de 2011.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Sistema Único de Información en salud

El Sistema Único de Información en Salud de Colombia inició su desarrollo en 1975 de manera incipiente y presentó una importante reformulación en 2003, año desde el cual comenzó su construcción por etapas. 2012 marca un importante hito en su desarrollo, con la culminación de la etapa de integración de las 28 Bases de datos de salud, la construcción de la Bodega de datos y la generación del Observatorio Nacional de Salud con veinticuatro observatorios temáticos especializados.

Los usuarios, entre ellos el Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, las EPS, IPS, Universidades y centros de investigación entre otros, podrán acceder a los observatorios o a los cubos para hacer consultas. Uno de los principales beneficios del Sistema Único de Información en Salud es la estandarización de los flujos de información, evitando la duplicidad de requerimientos por parte de las Entidades Territoriales u organismos de control. Se optimizará el uso de la información que existe en el país sobre salud para una mejor toma de decisiones y para que con la exposición de dicha información, esta vaya mejorando su calidad desde la fuente primaria.