



La salud
es de todos

Minsalud

Rendición de cuentas

Informe de Gestión 2019

LA SALUD
es de
TODOS

Ministerio de Salud y Protección Social



La salud
es de todos

Minsalud

Dr. IVÁN DUQUE MÁRQUEZ
Presidente de la República de Colombia

Dra. MARTHA LUCÍA RAMÍREZ BLANCO
Vicepresidente de la República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS)

Dr. FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Dr. LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dra. DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA - Dra. MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO
Viceministra de Protección Social (saliente) - Viceministra de Protección Social (entrante)

Dr. GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Directora Jurídica

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

Olga Lucía Giraldo Vélez
Jefe Oficina de Calidad

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

Sandra Liliana Silva Cordero
Jefe Oficina de Control Interno

Oscar Javier Siza Moreno
Jefe Oficina de Promoción Social

Wilson Fernando Melo Velandia
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Paola Milena Bernal Cortés
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

Ricardo Ángel Urquijo
Grupo de Comunicaciones



VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Félix Régulo Nates Solano

Director de Regulación, Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Plinio Alejandro Bernal Ramírez

Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Anwar Rodríguez Chehade

Director de Financiamiento Sectorial

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Sandra Lorena Girón Vargas

Directora de Epidemiología y Demografía

Samuel García De Vargas

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Luis Gabriel Bernal Pulido

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Claudia Milena Cuéllar Segura

Directora (E) de Promoción y Prevención

Aurelio Enrique Mejía Mejía

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Ingrid R. Narváez Castro

Directora (E) Unidad Administrativa Especial (U. A. E.) Fondo Nacional de Estupefacientes (F.N.E.)

SECRETARÍA GENERAL

Margarita María Gil Garzón

Subdirectora Administrativa

Martha Ruby Narváez Otero

Subdirectora de Gestión de Operaciones

Manuel José Canencio Maya

Subdirector Financiero

Rosa Liliana Muskus Cuervo

Subdirectora (E) de Gestión del Talento Humano

Lauricel Paola Brito Solano

Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario



Agradecimientos especiales:

Olga L. Giraldo V. – Jefe Oficina de Calidad (aportes a la sección de calidad)
Luis G. Bernal. F. – Dir. de Desarrollo del Talento Humano en Salud (aportes a la sección de THS)
Samuel García de V. – Dir. de Prestación de Servicios y Atención Primaria (revisión a las políticas de prestación de servicios)
Félix Nates S. – Dir. Regulación Beneficios, Costos y Tarifas (revisión sobre los mecanismos de protección del SGSSS)
Plinio Bernal. R. – Dir. Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Alexander Arévalo S. - Subdirector de la Operación del Aseguramiento en Salud (aportes y cifras sobre aseguramiento en salud)
Aurelio Mejía M. – Dir. de Medicamentos y Tecnologías en Salud (aportes a la sección de Política Farmacéutica)
Antonio Romero V.- Contratista Dirección de Medicamentos y TS (información sobre compras centralizadas de medicamentos)
Anwar Rodríguez Ch. - Dir. de Financiamiento Sectorial (información sobre los recursos del sector)
Otoniel Cabrera R., Coordinador Grupo Sostenibilidad Financiera y Flujo de Recursos del SGSSS (información recursos del sector)
Claudia Cuéllar S. – Dir. (E) Promoción y Prevención (revisión y aportes a las políticas de promoción y prevención)
Camilo Moreno C. - Contratista Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles (cifras de vacunación)
Dolly Ovalle C. – Jefe OTIC (revisión de la información relacionada con TIC)
María Cristina Cruz A. – Oficina TIC (aportes a la información relacionada con TIC)
Maritza Silva V.–Coord. Grupo Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública OAPES (aportes a KPT, estudios y evaluación)
Claudia Domínguez G. – Coord. Grupo de Desarrollo Organización (aportes e información sobre el Sistema Integrado de Gestión)
Fabiola Vargas V., Profesional Grupo de Planeación (información para el Anexo 2–ejecución de los proyectos de inversión)
Leydi Prías G. – Profesional Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (revisión general del documento)
Diana González P. -Contratista OAPES (aportes a la sección de Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS y Acuerdos de Paz)
Daniel Perea M. – Contratista OAPES (información sobre seguimiento)

Elaboración inicial:

Javier Ricardo Bohórquez G. – Contratista, Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES)
(redacción inicial del documento e introducción, consolidación de la información, edición técnica y corrección de estilo)

Aprobación inicial y aportes al documento:

Wilson Fernando Melo Velandia – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Créditos diseño y aprobación de la portada:

María Camila Rodríguez R. y Hugo Arévalo D. – Comunicaciones

Algunos contenidos e ilustraciones incorporados en este documento son tomados de distintas intervenciones ante diferentes grupos de valor y partes interesadas, así como de los medios de divulgación oficiales del Ministerio, según las fuentes descritas en la sección de referencias.

Bogotá, D.C., marzo de 2020



Contenido

Introducción	6
I. Visión sectorial y rectoría del sistema	9
II. Calidad	20
III. Salud pública	30
IV. Desarrollo del talento humano en salud	48
V. Sostenibilidad financiera	51
Recuperación financiera del SGSSS.....	51
Sostenibilidad financiera del SGSSS.....	58
VI. Otros resultados de la gestión	66
Retos	82
Anexo 1. Presupuesto del Sector Salud y Protección Social 2019-2020	86
Anexo 2. Informe de ejecución de los proyectos de inversión, vigencia 2019	88



Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS de Colombia ha logrado una alta cobertura de afiliación, notables avances en protección financiera en beneficio de los hogares más vulnerables¹, solidaridad², igualdad y acceso a un amplio plan de beneficios³.

El 95% de la población (47,9 millones de habitantes) se encontraba asegurada en salud en 2019. En el régimen contributivo el número de afiliados registró 22,9 millones de personas, en el régimen subsidiado 22,8 millones y 2,2 millones de personas se ubicaron en los regímenes exceptuados o especiales. Además de estos importantes avances, se han tomado las medidas que permitan consolidar la cobertura universal y de los migrantes que llegan al país. Tan sólo entre 2018 y 2019, se incrementó el número total de afiliados en 788 mil personas; de los cuales 531.295 en el contributivo y 150.822 en el subsidiado.

El aumento en la cobertura en salud es uno de los logros sociales más importantes. Tanto así que el sector salud contribuyó a la reducción de la pobreza multidimensional en el país en los últimos años⁴. A su vez, ha mejorado el estado general de salud de la población⁵. La mayoría de los indicadores trazadores en salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna han mejorado en los últimos años⁶. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del DANE, así como distintas encuestas en salud (ENDS, ENSIN⁷) evidencian esta evolución.

El país es igualmente reconocido en el mundo por su programa gratuito de vacunación, la vigilancia en salud pública, la respuesta y control ante la aparición de enfermedades transmisibles –por ejemplo, Colombia es el primer país de Latinoamérica en tener pruebas de diagnóstico ante el gran reto que ha implicado el nuevo

¹ En cuanto a la protección financiera, el país se destaca en la región por el bajo gasto de bolsillo en salud. Esto significa que en Colombia el hecho de sufrir una enfermedad que exige tratamientos costosos no implica una angustia adicional para las familias.

² El sistema de salud colombiano es solidario en distintas vías: desde las personas del régimen contributivo (los que tienen ingresos) hacia los que se encuentran en el subsidiado y –dentro del mismo régimen contributivo– desde los que tienen más ingresos hacia los que menos perciben rentas. Por otra parte, el gasto de bolsillo en Colombia se calcula actualmente en un 15% cuando hace unos 25 años superaba el cincuenta por ciento.

³ En materia de equidad, el plan de beneficios en Colombia es el mismo entre el régimen subsidiado y el contributivo, con servicios, tecnologías y medicamentos amplios, que se mantiene al día con los avances científicos. Además, anualmente se ajusta el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada habitante del país asegurado en salud.

⁴ De los 10,8 puntos porcentuales (p.p.) de disminución entre 2010 y 2018, 2,1 p.p. son atribuibles a la mejora en el acceso a servicios de salud y al creciente aseguramiento financiero en salud de la población.

⁵ Entre otros temas, la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indaga, sobre el bienestar de las personas de 15 años y la satisfacción con su vida. Entre los resultados se destaca que el aspecto de la vida mejor calificado es la salud (8,02 puntos), seguido por la seguridad, el trabajo o actividad desempeñado y, por último, el ingreso. Por otra parte, el 83% de las personas declararon estar muy satisfechos o totalmente satisfechos con su salud (Fuente: DANE. ECV, 2018).

⁶ En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los últimos años; entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en un 18% en el promedio nacional; por su parte, la razón de mortalidad materna (RMM) a 42 días se ha reducido en un 27%. A pesar de estos logros, entre las metas del presente gobierno está reducir aún más la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, de 16,8 a 14 (por cada mil nacidos vivos) y la RMM a 42 días de 51,3 a 45 (por cada 100.000 nacidos vivos), con énfasis en el área rural dispersa.

⁷ Siglas correspondientes a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), respectivamente.

coronavirus SARS-CoV-2 (o 2019-nCoV) que causa la enfermedad COVID-19-, las acciones solidarias ante fenómenos migratorios, la política farmacéutica, entre otros.

El esquema de vacunación colombiano es uno de los mejores de América y el Caribe. El programa de inmunización comprende 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades. Es gratuito y disminuye de manera efectiva la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia. En 2019, la vacunación contó con la inversión con aporte más alta desde una perspectiva histórica (\$385 mil millones de aportes de la Nación) y con ello se lograron mantener coberturas del 95% en vacunas como la Triple Viral (contra la Rubeola, Sarampión y Parotiditis/paperas) que protege a 663 mil niños cada año, incluida la atención de migrantes.

Por otra parte, en aplicación de la política farmacéutica y de las herramientas legítimas con las que cuenta el Estado para mejorar el acceso a los medicamentos, fomentar mejores resultados en salud y construir un sistema de salud más equitativo, se ratificó la política de control de precios que hasta el momento ha incorporado miles de presentaciones comerciales y ha generado ahorros de más de un billón de pesos anuales al sistema de salud.

A pesar de estos logros, aún existen retos como lograr mayor equidad y mejor calidad en los servicios, teniendo como centro a las personas y al paciente. Por ello, los esfuerzos del Ministerio y del sector actualmente se concentran en una **triple meta: alcanzar mejores resultados en salud; una mejor experiencia en los servicios con mayor satisfacción ciudadana; y, lograrlo con eficiencia y responsabilidad financiera**. Lo anterior, bajo los principios de **legalidad, emprendimiento y equidad** liderados por el Sr. Presidente de la República, Dr. Iván Duque Márquez. Con este nuevo marco estratégico, las acciones del sector se basan en **cinco pilares o ejes orientadores** así: **visión sectorial de largo plazo**, mejoramiento de la **calidad** de los servicios, fortalecimiento de la **salud pública**, desarrollo del **talento humano** en salud y **recuperación y sostenibilidad** del sistema.

Así, para continuar transformando el sistema de salud, que las personas tengan más y mejores servicios, con calidad, cerrar brechas y llegar a los más vulnerables, bajo el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad” (Ley 1955 de 2019) se ha avanzado en acciones estratégicas como un nuevo marco para la habilitación de los servicios de salud, la acreditación en niveles superiores de calidad, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que articula y coordina el trabajo priorizado en salud en el territorio (Nación-Departamentos y Distritos), el Programa de Acción Integral en Hospitales (AiHospital) que fortalece a estas Empresas Sociales del Estado (ESE), el Acuerdo de Punto Final que sanea deudas acumuladas e inyecta liquidez, nuevos mecanismos de priorización del gasto, subsidios parciales en el aseguramiento, la depuración de las EPS, la transformación digital del sector con iniciativas como un nuevo marco para la telesalud, la interoperabilidad de la historia clínica, la facturación electrónica y la afiliación transaccional, entre otras innovaciones a resaltar.

Las anteriores acciones estratégicas han estado acompañadas del apoyo financiero necesario por parte del Gobierno Nacional. El gasto en salud en Colombia es del 7,3% del PIB, lo cual representa cerca de 72 billones de pesos. Tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos. Para la vigencia 2020, el aseguramiento de la población colombiana asciende a \$55,1 billones, que se financia tanto con aportes privados (principalmente cotizaciones) como públicos. El Presupuesto General de la Nación–PGN 2020 tuvo un incremento para el sector salud del 8%; hoy es de 31,9 billones de pesos mientras que en 2019 fue de \$29,6 billones. El sector salud sigue presentando una tendencia creciente, ya que en 2017 era de 23,3



La salud
es de todos

Minsalud

billones de pesos. El valor total actual (\$31,9 billones) incluye los recursos del PGN para completar el gasto del aseguramiento en salud de los colombianos (\$19,3 billones), las transferencias que se giran desde la Nación hacia las entidades territoriales a través del Sistema General de Participaciones-SGP (\$10 billones). El resto se destina a otras necesidades como: mejoramiento de la red de urgencias, atención de enfermedades catastróficas, reclamaciones de accidentes de tránsito No SOAT, vacunación, recursos para el financiamiento de la ley de residentes, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI, entre otros. Según estas cifras, el sector salud se convierte en uno de los que cuenta con mayores recursos dentro del PGN, coincidiendo así con el compromiso del Gobierno Nacional de alcanzar la equidad en salud en Colombia.

Según estas cifras, el sector salud se convierte en uno de los que cuenta con mayores recursos dentro del PGN, coincidiendo así con el compromiso del Gobierno Nacional de alcanzar la equidad en salud en Colombia y la triple meta del sector.

Dicho este contexto, este informe expone los principales resultados de la gestión realizada durante la vigencia 2019. Se divide en siete capítulos, el primero de los cuales es esta introducción. Así mismo, el informe se encuentra organizado bajo los siguientes grandes temas: i) Visión sectorial de largo plazo y rectoría; ii) Calidad; iii) Salud pública; iv) Desarrollo del talento humano en salud; v) Recuperación financiera y sostenibilidad; y, vi) otros resultados de la gestión. Al final se exponen algunos retos.

Retos en Salud 2020

Trabajamos para que la salud de Colombia tenga mejores resultados en la atención, cumpla las expectativas de los pacientes y logre su sostenibilidad financiera.

La salud es de todos Minsalud

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Informe de gestión 2019

A continuación, se exponen los principales resultados y avances durante la vigencia 2019, ordenados según los principios orientadores del sector ya mencionados en la parte introductoria de este documento.

I. Visión sectorial y rectoría del sistema

La gestión del Ministerio de Salud y Protección Social ha estado alineada con los criterios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los principios rectores dados por la Ley 100 de 1993, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y otras disposiciones legales y jurisprudenciales; ha construido sobre los principales logros de los últimos 25 años y –al mismo tiempo– ha girado en torno a enfrentar y corregir algunas fallas y debilidades existentes.

Entre los logros del SGSSS a preservar se destacan: la alta cobertura de aseguramiento (en la práctica una cobertura universal), el financiamiento progresivo del sistema, la protección financiera alcanzada para los hogares en especial los más vulnerables –reflejada en un muy bajo gasto de bolsillo a cargo del usuario– y el mayor acceso a los servicios.

Hace varias décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del sistema. En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud, en la población más pobre la cobertura era incipiente, así como en las zonas rurales. Esa baja cobertura se reflejaba en menor acceso mientras que una mayor cobertura amplía, en particular, el acceso a los servicios de salud de los más pobres y contribuye al cierre de las brechas sociales. En cambio, hoy prácticamente la totalidad de los habitantes de Colombia hacen parte del sistema de salud. Para el mes de diciembre de 2019, 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, el **95,2%**⁸ de la población en Colombia, es decir **47.962.950 personas**, contaba con afiliación a salud; de éstas, 22.909.679 personas se ubicaban en el régimen contributivo y 22.808.930 en el subsidiado. En el régimen de excepción existían 2.244.341 personas (ver ilustración siguiente). **Esto significa un incremento de 788.340 en el número total de afiliados entre 2018 y 2019**; de los cuales 531.295 en el contributivo y 150.822 en el subsidiado.

⁸ Esta cobertura tiene como referente una población proyectada por el DANE de 50.374.478 habitantes en Colombia. Se incluye en el régimen de excepción a las personas que se encuentran privadas de la libertad en condición de intramural a cargo del INPEC.

Ilustración 1. Afiliados a salud en Colombia



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

A pesar de estos buenos resultados, se han tomado las medidas que permitan consolidar una cobertura universal y afiliar a los migrantes. Es así como el Ministerio avanzó en 2019 en un decreto (hoy Decreto 064 de 2020) para que permite la afiliación de oficio desde la IPS y/o la entidad territorial de la población colombiana que hasta ahora no se encuentre en el sistema de salud; así mismo garantiza la afiliación de los migrantes venezolanos con Permiso Especial de Permanencia-PEP.

Este instrumento busca alcanzar la cobertura del 100% planteada por el Gobierno Nacional, cerrar brechas y lograr la equidad. Se prioriza la afiliación de la población pobre no asegurada, recién nacidos, menores edad, su grupo familiar y migrantes venezolanos con el Permiso Especial de Permanencia-PEP. En el caso de los venezolanos que estén regularizados en el país podrán hacer igualmente la afiliación a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Por otra parte, entre los retos y aspectos por corregir en el Sistema están desequilibrios financieros, alta fragmentación, fallas en la calidad de los servicios, abuso de posiciones dominantes y casos de corrupción. Para mejorar esta situación, se destaca que en 2019 se logró la aprobación en el Congreso de la República del capítulo de salud contenido en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018–2022, "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad" (Ley 1955 de 2019). Este capítulo contiene una hoja de ruta clara, plantea reformas, esfuerzos específicos a realizar y persigue metas concretas a alcanzar en el periodo.

Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022

En cumplimiento de lo contenido en el Art. 339 de la Constitución Política y la Ley 152 de 1994 (o Ley Orgánica del Plan de Desarrollo) que establece la manera de formular e implementar el Plan Nacional de Desarrollo, el Gobierno Nacional trabajó distintos frentes que permitieron su construcción y formulación. El nuevo Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018–2022 "Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad" tuvo un desarrollo técnico desde el nivel nacional a través de socializaciones, amplia participación entre diferentes actores y retroalimentación. Este PND fue radicado en febrero de 2019 en el Congreso de la República y aprobado en mayo del mismo año.

El PND 2018-2022 implica ponerse de acuerdo en un gran pacto en el cual concurren inversiones públicas y privadas y los esfuerzos de los diferentes niveles de gobierno para que, como Estado, se defina el conjunto de prioridades que generarán la verdadera transformación. Así, el PND no es la acción desarticulada de los diferentes ministerios y sectores que conforman el Gobierno Nacional; en cambio, es la creación de espacios de coordinación que permiten sumar esfuerzos y generar el verdadero cambio social, dinamizar el crecimiento económico y alcanzar el mayor desarrollo del país y de sus regiones.

Estructura del PND. El PND está conformado por 3 pactos estructurales, 13 pactos transversales y 9 pactos regionales con una serie de líneas que los componen. Así, en un primer lugar están los **pactos estructurales** que son:

- **Pacto por la legalidad:** seguridad efectiva y justicia transparente para que todos vivamos con libertad y en democracia
- **Pacto por el emprendimiento,** la formalización y la productividad: una economía dinámica, incluyente y sostenible que potencie todos nuestros talentos
- **Pacto por la equidad:** política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados.

Estos tres pactos se complementan entre sí. **El círculo virtuoso de legalidad y emprendimiento se cierra con la equidad⁹, el gran pacto y objetivo del PND 2018-2022.** "Se busca lograr una Colombia con más bienestar, con menos desigualdad de resultados y con más equidad de oportunidades; un país con mayores

⁹ A su vez, las líneas contenidas en el Pacto por la Equidad están relacionadas y aportarán en el cumplimiento de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, este pacto está alineado con los ODS 1: "Fin de la pobreza", ODS 2: "Hambre cero", ODS 3: "Salud y bienestar", ODS 4: "Educación de calidad", ODS 5: "Igualdad de género", ODS 8: "Trabajo decente y desarrollo económico", ODS 9: "Industria, innovación e infraestructura", ODS 10: "Reducción de las desigualdades", ODS 11: "Ciudades y comunidades sostenibles", ODS 16: "Paz, justicia e instituciones sólidas" y ODS 17: "Alianza para lograr los objetivos". Para más detalles sobre los ODS, se sugiere consultar el enlace <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html> y el documento CONPES 3918 "Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Colombia" (Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>).



ingresos y mejores condiciones de vida de la población conseguidas sobre la base de la legalidad y por medio de la generación de empleo, la formalización y un tejido empresarial fuerte. La equidad de oportunidades implica remover las barreras que impiden el acceso a la educación, la salud, los servicios esenciales y la inclusión productiva de toda la población, independientemente de sus características de origen, la localización geográfica, la pertenencia étnica, el sexo, la condición física y la edad, entre otras¹⁰.

Ilustración 2. Ecuación básica del PND 2018-2022



Fuente: Elaboración propia con base en DNP

Por otra parte, los **pactos transversales** “operan como habilitadores, conectores y espacios de coordinación que hacen posible el logro de una mayor equidad de oportunidades para todos”¹¹. Son dinamizadores del desarrollo y ayudan a enfrentar los riesgos que se pueden presentar. Estos pactos son:

- Pacto por la sostenibilidad: producir conservando y conservar produciendo
- Pacto por la ciencia, la tecnología y la innovación: un sistema para construir el conocimiento de la Colombia del futuro
- Pacto por el transporte y la logística para la competitividad y la integración regional
- Pacto por la transformación digital de Colombia: Gobierno, empresas y hogares conectados con la Era del Conocimiento
- Pacto por la calidad y eficiencia de servicios públicos: agua y energía para promover la competitividad y el bienestar de todos
- Pacto por los recursos minero-energéticos para el crecimiento sostenible y la expansión de oportunidades
- Pacto por la protección y promoción de nuestra cultura y desarrollo de la economía naranja
- Pacto por la Construcción de Paz: Cultura de la legalidad, convivencia, estabilización y víctimas
- Pacto por la equidad de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom
- Pacto por la inclusión de todas las personas con discapacidad
- Pacto de equidad para las mujeres
- Pacto por una gestión pública efectiva
- Pacto por la descentralización: conectar territorios, gobiernos y poblaciones

La apuesta territorial se concreta en los pactos a escala regional y subregional, que representan la ruta de trabajo conjunta y articulada para el cuatrienio, con acuerdos específicos entre la Nación y los gobiernos subnacionales. Son la ruta de implementación que permite habilitar la apuesta de legalidad y emprendimiento para el logro de la equidad en todo el territorio colombiano.

¹⁰ GOBIERNO DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Bogotá, D.C., 2019. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-2018-2022.pdf>

¹¹ Op.Cit. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad.



Estos pactos incluyen los proyectos estratégicos identificados en múltiples espacios de diálogo y concertación con las regiones, que permitirán dinamizar las economías regionales según su vocación y potencial y fomentar el desarrollo social y la equidad de oportunidades. Los **pactos regionales** son:

- Pacífico: Diversidad para la equidad, la convivencia pacífica y el desarrollo sostenible
- Caribe: Por una transformación para la igualdad de oportunidades y la equidad
- *Seaflower Region*: Promover el cuidado del ambiente teniendo en cuenta la protección a los ecosistemas, el impulso de negocios verdes y el uso de fuentes de energía alternativas
- Región Central: Centro de innovación y nodo logístico de integración productiva nacional e internacional
- Santanderes: Eje logístico, competitivo y sostenible de Colombia
- Amazonia: Por un desarrollo ambientalmente sostenible
- Eje Cafetero y Antioquia: Conectando para la competitividad y el desarrollo logístico sostenible
- Orinoquia/Llanos: Conectando y potenciado la despensa sostenible con el país y el mundo
- Océanos: Colombia potencia bioceánica

En lo correspondiente a la construcción del capítulo (o línea) de salud, esta labor se adelantó de manera coordinada entre el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en su rol de cabeza de sector. Bajo los principios de **legalidad, emprendimiento y equidad** liderados por el Sr. Presidente de la República, Dr. Iván Duque Márquez, para continuar transformando el sistema de salud, que las personas tengan más y mejores servicios, con calidad, cerrar brechas y llegar a los más vulnerables –teniendo siempre como **centro a las personas y al paciente**– los esfuerzos del Ministerio y del sector se concentran en una **triple meta: alcanzar mejores resultados en salud; satisfacer las expectativas de pacientes, familias y comunidades; y, lograrlo con mayor eficiencia y responsabilidad financiera.**



Fuente: Minsalud



Con este nuevo marco estratégico, las acciones fundamentalmente se basan en **cinco pilares o ejes orientadores** así: **visión sectorial de largo plazo**, mejoramiento de la **calidad** de los servicios, fortalecimiento de la **salud pública**, desarrollo del talento **humano** en salud y **recuperación y sostenibilidad** del sistema.

De manera articulada con estas orientaciones, el capítulo (o línea) de salud se encuentra contenido en el pacto transversal de **equidad** del PND. Incluye unos objetivos y estrategias que deben constituirse como un mecanismo que acelere la inclusión productiva en un contexto de trayectorias dinámicas y que, a su vez, fijen como objetivo central el mejoramiento del estado de salud de la población y de su experiencia en el sistema, de manera equitativa y sostenible con la capacidad de gasto del país. Dicho lo anterior, la línea **“salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”** plantea los siguientes objetivos para el sector:

Tabla 1. Objetivos y estrategias. Capítulo (línea) de salud en el PND 2018-2022

Objetivo	Estrategia(s)
1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio	a) Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector, y fortalecer las capacidades en el territorio b) Mejorar la institucionalidad del sector de la salud c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia
2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos	a) Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables
3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad	a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores b) Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos d) Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones f) Incentivar la investigación en salud
4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad	a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población
5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud	a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud b) Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial c) Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud
6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos	a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC. b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad



Objetivo	Estrategia(s)
	diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector

Fuente: Elaboración propia Minsalud-OAPES con base en DNP. Documento bases del PND.

Con el concurso de otros sectores, salud también deberá trabajar desde distintas líneas y estrategias intersectoriales dentro de este mismo pacto de equidad del PND, así:

Tabla 2. Objetivos y estrategias. Salud en otros pactos del PND 2018-2022

Línea	Estrategia(s)
Primero las niñas y los niños: desarrollo integral desde la primera infancia hasta la adolescencia	Prevención de embarazo adolescente, uniones tempranas
Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos	Alimentación adecuada y mejorar el estado nutricional de la población, con énfasis en La Guajira, Chocó y zonas dispersas Modos y estilos de vida saludable
Trabajo decente, acceso a mercados e ingresos dignos: acelerando la inclusión productiva	Ampliación de la cobertura de riesgos laborales y mejor seguridad y salud en el trabajo
Juventud naranja: todos los talentos cuentan para construir país	Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
Educación de calidad para un futuro con oportunidades para todos	Prevención de la malnutrición, competencias socioemocionales
Deporte y recreación para el desarrollo integral de los individuos y la convivencia y cohesión social	Factores protectores para la prevención de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, violencia y convivencia
Dignidad y felicidad para todos los adultos mayores	Envejecimiento activo

Fuente: Elaboración propia Minsalud-OAPES con base en DNP. Documento bases del PND.

Por otro lado, el sector salud también está llamado a trabajar articuladamente en pro de otros pactos y líneas específicas del PND, así:

- Pacto por la legalidad, línea “Imperio de la ley y convivencia pacífica: justicia accesible, oportuna y en toda Colombia, para todos” (prevención del consumo de sustancias psicoactivas)
- Pacto por la construcción de paz, línea “Reparación: Colombia atiende y repara a las víctimas” (rehabilitación psicosocial)
- Pacto por la equidad de la mujer, línea “Educación y empoderamiento económico para la eliminación de las brechas de género en el mundo del trabajo” (promoción de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de las violencias sexuales)
- Pacto por la equidad de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palenqueros y Rrom, línea “Política social moderna y diferenciada para la equidad”
- Pacto por la inclusión de las personas con discapacidad
- Pacto por la sostenibilidad, línea “Sectores comprometidos con la sostenibilidad y la mitigación del cambio climático (calidad de aire, agua y suelo)”
- Pacto por el transporte y la logística, línea “Movilidad urbano-regional sostenible para la equidad y la competitividad (mitigación de la siniestralidad vial)”



La decisión de construir sobre el modelo actual de salud contrasta con la mirada de algunos críticos y líderes sectoriales que piensan que se debe propender por un nuevo modelo de sistema de salud para Colombia, desconociendo logros obtenidos por años. En parte por lo anterior y por algunas dificultades de alineación política en el Congreso y entre los distintos actores del sector salud, el avance en torno a una discusión de visión sectorial de largo plazo ha sido insuficiente. Con el Congreso de la República se han sostenido discusiones para buscar alineación sectorial y nacional que permita progresar. De existir una ventana de oportunidad de consenso sólido en el legislativo sería valioso buscar introducir más reformas al SGSSS. Entre los temas a abordar estarían:

- Mayor alineación normativa del SGSSS con la Ley Estatutaria en Salud, en especial en cuanto al derecho a la salud, el plan de beneficios y su financiamiento.
- Unificación del Régimen Contributivo y Subsidiado en un solo régimen de salud.
- Regulación de la integración vertical en el marco del SGSSS; para separar el aseguramiento obligatorio (las Empresas Promotoras de Salud–EPS) y la prestación de servicios (Instituciones Prestadoras de Salud–IPS).
- Criterios para la conformación de las redes asistenciales territoriales con foco en el paciente, en la integralidad y continuidad de su atención.
- Fortalecimiento del gobierno del hospital público (juntas directivas y gerencias) y mejores condiciones laborales para el talento humano hospitalario.
- Marco de subsidios a la oferta y modelos especiales de salud para zonas rurales y rurales dispersas.
- Competencias de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) para las Secretarías Departamentales de Salud, en particular frente al funcionamiento del aseguramiento (EPS) y el cumplimiento en el flujo financiero en cada territorio.
- Afiliación, atención y derechos en salud de la población migrante.

Retos en Salud 2020

Trabajar en equipo

con todos los sectores, plantear enfoques y prioridades orientadas al logro y avanzar en la transformación de la salud en el país.

La salud es de todos Minsalud

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE

Bajo la **visión de largo plazo**, el MSPS desarrolló el **Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE** como instrumento de articulación y coordinación de prioridades en salud en el territorio (Nación, departamentos y distritos). La importancia del MAITE es especialmente alta en el actual escenario de cambio de gobiernos departamentales y distritales (con nuevos gobernadores y secretarios de salud), así como en el sostenimiento de un esfuerzo.

Es así como, a lo largo del país, el MAITE alinea prioridades, esfuerzos, metas e indicadores de progreso en ocho (8) áreas: gobernanza, aseguramiento, prestación de servicios, flujos financieros, talento humano, salud pública, enfoque diferencial y trabajo intersectorial.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Durante la vigencia, se expidió la **Resolución 2626 de 2019** que adopta el MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se convierte en un nuevo norte para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia. Según esta norma, se tiene por objeto enfrentar los problemas de descoordinación y dispersión que se han dado hasta el momento en el país. En este sentido, el MAITE constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y establece acciones a través de acuerdos con el Ministerio.

En esta misma línea, para la implementación y el seguimiento de la PAIS y del MAITE, serán las entidades territoriales, así como las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB e IPS de naturaleza pública, privada o mixta, quienes tengan a su cargo acciones en salud relacionadas con la promoción,



mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna. El MAITE está conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienten de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

El MAITE, pretende unificar los elementos y acciones que proporcionen el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de las ocho líneas de acción mencionadas anteriormente.

Por su parte, la línea de acción de Talento Humano tiene un componente denominado Educación Interprofesional en Salud–EIP, que busca fortalecer las competencias y la capacidad resolutoria del talento humano disponible, para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la PAIS, centrada en las personas, familias y comunidades, respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades a través de acciones de formación en trabajo conjunto con las instituciones formadoras de talento humano en salud. Esto incluye el desarrollo de acciones de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia EIP, reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos.

El Plan de Acción e Implementación del MAITE (PAIM) territorial deberá desarrollarse en tres (3) siguientes fases: Planeación, Ejecución y Monitoreo. En la primera fase–Planeación, las entidades departamentales y distritales de salud, con el acompañamiento del Ministerio, tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la posesión del respectivo gobernador y alcalde, para la formulación y adopción del PAIM. Durante este proceso, la entidad territorial deberá presentar informes bimestrales con el propósito de establecer los grados de avance de la formulación del plan. En la fase de ejecución se implementará el PAIM y el departamento trabajará con las autoridades municipales para su ejecución. La vigencia del PAIM será de cuatro (4) años. Durante la fase de monitoreo se efectuará la verificación trimestral del avance en cada uno de los compromisos establecidos en el PAIM. La entidad territorial reportará al Ministerio el resultado del monitoreo, dentro de los treinta (30) días siguientes a su vencimiento de cada trimestre.

De igual manera, en el tercer trimestre de cada año, los departamentos o distritos harán una revisión integral del PAIM y en caso de determinar la necesidad de realizar modificaciones para su ejecución, las entidades territoriales efectuarán los ajustes que consideren necesarios. Así mismo, se estipula que el PAIM que adopten las entidades territoriales en la vigencia 2019 se irá accionando de manera gradual y continua, con ejecución hasta junio de 2020.

El MAITE incorporará los desarrollos de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, por lo que las obligaciones de orden contractual, los compromisos y las demás actuaciones que se hayan gestado a partir del MIAS –antes de la entrada en vigencia de la resolución– continuarán su ejecución y se entenderán como complementarios del MAITE. Los actos administrativos y demás documentos que se hayan adoptado con el propósito de dar aplicación al MIAS, así como las herramientas desarrolladas por el Ministerio, se integrarán a una o varias de las líneas mínimas de acción del MAITE, definidas en el artículo 8 del acto administrativo y se indicarán dentro del PAIM. En consecuencia, las referencias al MIAS se entenderán realizadas en lo pertinente al MAITE.



Se espera que territorios como La Guajira, Chocó, Arauca, Vichada y Guaviare se beneficien primordialmente de este modelo, pero se tiene como objetivo abarcar paulatinamente todo el territorio nacional. Durante 2019 se lograron concertar 37 planes de acción entre las entidades territoriales y el MSPS y se firmaron 1.466 compromisos en estos planes. De estos compromisos, ya se ejecutó el 49% (718); 43% (632) se encuentran en ejecución y 8% (116) están por iniciar. Quindío, Huila, Cundinamarca y Boyacá alcanzaron el 100% de cumplimiento en el plan de acción de MAITE. Córdoba obtuvo un 93% y Casanare un 90%. Además, se emprendió el aplicativo MAITE que permite a las autoridades departamentales y distritales mostrar los avances en cada uno de los aspectos que contiene el modelo.



II. Calidad

La gestión en torno al mejoramiento de la calidad asistencial –que es lo que realmente le preocupa e interesa al ciudadano– ha tenido los siguientes logros:

Programa de Acción Inmediata en Hospitales “AiHospital”

Este programa ha sido desarrollado para el fortalecimiento del hospital público colombiano.



Fuente: Minsalud

Bajo este programa se ha logrado lo siguiente:

- Acompañamiento y apoyo a diez (10) hospitales priorizados de mediana y alta complejidad que se encontraban en estado crítico. Entre ellos San Andrés, Maicao (La Guajira), Valledupar (Cesar), Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño), Leticia (Amazonas), Puerto Carreño (Vichada) y Quibdó (Chocó). En estos hospitales se resaltan las siguientes acciones: \$88,9 mil millones en proyectos de infraestructura y dotación. \$39,1 mil millones de cartera depurada. Las conciliaciones con pagadores llegaron a \$53,8 mil millones; \$44,5 mil millones recuperados en tesorería y \$11,4 mil millones ejecutados para el saneamiento de pasivos.
- Se desarrolló un aplicativo web de seguimiento trimestral de 23 indicadores en 4 dimensiones de desempeño para todos los hospitales públicos del país. Cifras preliminares muestran que el **índice general de desempeño medido a través de estos indicadores pasó de 56 a 75; los hospitales con nivel de gestión deficiente cayeron en 72%** (pasó de 800 a 205) y 221 hospitales ahora están en un nivel óptimo de gestión.

Para más detalles, ver: <https://sig.sispro.gov.co/SistemaAlertasHospitales/>



La salud
es de todos

Minsalud



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

- Se desarrolló el **aplicativo “AiHospital Contigo”** –hoy en prueba piloto– para lograr mayor efectividad en los esfuerzos de promoción y prevención en salud (PyP) con la comunidad.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Este aplicativo busca que los ciudadanos conozcan las intervenciones en salud que le corresponden y desarrollar un seguimiento de procesos de promoción y prevención en los territorios, para que se generen más acciones en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que mejoren el acceso y los resultados en el sector. AiHospital Contigo permitirá el seguimiento nominal de acciones de prevención y promoción de la salud hechos en los territorios y por los aseguradores en cerca de 4.500 sedes de prestación de servicios de salud: busca mejorar los resultados en salud en todo el país para cerrar brechas sociales de equidad. Se trata de llegar, uno a uno, a los 50 millones de colombianos.

Hace parte del programa “AiHospital” y busca garantizar el acceso efectivo y el mejoramiento de los resultados de salud en el país. Esto se logra mediante la organización funcional de las IPS primarias en los componentes intramural, extramural y comunitario, en el marco de las rutas integrales de atención y a través del MAITE, llegando con atención a zonas alejadas a través de redes móviles. Se constituye,



además, en la consolidación de la implementación de las acciones en el primer nivel de atención con un abordaje integral e innovador enfocado en la gestión del riesgo, la optimización del uso de recursos y el empoderamiento del ciudadano como autogestor de su salud. AiHospital Contigo fue piloteado en 2019 en siete (7) hospitales de baja complejidad (Maicao, Buenaventura, Tumaco, Leticia, Vichada, Valledupar y San Andrés y Providencia). Se espera su implementación para todo el territorio nacional durante el 2020.

Con esto se busca aumentar las coberturas de acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud, de manera articulada con el MAITE. El aplicativo hace seguimiento inicialmente a seis (6) intervenciones, lo que permite además brindar información persona a persona en tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico, tamizaje de hepatitis C, tamizaje para cáncer de colon y recto, tamizaje para cáncer de mama, aplicación de flúor en barniz y remoción de placa bacteriana. El seguimiento de otras cuatro (4) intervenciones está programado para el segundo trimestre de 2020: tamizaje de cáncer de cuello, tamizaje de anemia, valoración de salud bucal y valoración integral.

Los ciudadanos podrán conocer la información relacionada con las intervenciones individuales que le corresponden según su sexo y edad a través de www.miseguridadsocial.gov.co. Esto le dará capacidad a cada persona de tener autogestión del estado de salud, fortalecer el derecho de libre elección y establecer un seguimiento a la gestión realizada por aseguradores y prestadores. El aplicativo va de la mano del pago por resultados porque sabremos qué intervenciones de promoción y prevención se le están haciendo en cada uno de los colombianos.

- **Cofinanciación en infraestructura, dotación y transporte de la red hospitalaria pública del país por \$189 mil millones en 2019.** La asignación durante 2019 se ve reflejada en 132 municipios de 30 departamentos y distritos del país y acumula \$281 mil millones en total desde 2018 (a 231 municipios de 33 departamentos y distritos).
- **Nuevo marco de habilitación para prestadores** en salud. Se expidió la Resolución No. 3100 de 2019 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud; además, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones: i) Capacidad técnico-administrativa; ii) Suficiencia patrimonial y financiera; iii) Capacidad tecnológica y científica. Por su parte, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del SGSSS. El prestador de servicios de salud que habilite servicios de salud debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.

- **Acreditación en salud.** La acreditación en salud es una herramienta para la mejora continua de la atención en salud. Una institución acreditada promueve el cambio cultural, genera valor para la comunidad y la sociedad. Además, aporta modelos de éxito.



La salud
es de todos

Minsalud



La acreditación en salud **promueve una atención segura de los pacientes**, mejora la competitividad de prestadores de salud e **incrementa la eficiencia clínica de sus servicios**.



La salud
es de todos

Minsalud

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

En este aspecto, se dio un fortalecimiento de la acreditación en calidad en salud, que incluye:

- Actualización de los **manuales de acreditación ambulatorio y hospitalario** (Resolución 5095 de 2018) y el de servicios de **laboratorios clínicos** (hoy Resolución 207 de 2020).
- Se inició la actualización del manual de **imágenes diagnósticas**
- Se avanzó en la elaboración de los **manuales de acreditación para IPS de baja complejidad y para EPS**
- **Se acreditaron 7 nuevas IPS**, acumulando un total de **48 instituciones prestadoras acreditadas** en el país.



La salud
es de todos

Minsalud



Con calidad y más entidades acreditadas
transformaremos la salud y la vida de los colombianos.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Por otra parte, según la Ley del PND, el Ministerio de Salud y Protección Social debe promover la gestión de la prestación de los servicios en salud, a través de avances y mejoras en conectividad en zonas apartadas del país, en articulación con los lineamientos de Ministerio de Tecnologías de Información y las Telecomunicaciones (MinTIC), impulsando programas de telesalud, historia clínica electrónica interoperable, factura electrónica y demás apropiaciones TIC. Así, en el marco de esta transformación digital emprendida por el presente Gobierno, se avanzó en:

- **Desarrollo de un nuevo marco reglamentario para telesalud y telemedicina.**

Según la Ley 1419 (Art.2) la telesalud se define como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones-TIC. Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud. Bajo este marco, en la vigencia anterior se expidió la **Resolución 2654 de 2019**, “por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros de práctica de la telemedicina en el país”.

Se tiene como objetivo de la telesalud mejorar el acceso, la resolutivez, la continuidad y la calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud mediante el uso de las TIC. Además de lo estipulado en la Ley 1419, la nueva norma define las acciones de teleorientación¹² y el teleapoyo¹³ bajo el concepto de telesalud y advierte que estas actividades no se habilitan. Como valores para este desarrollo de la telesalud están: la libre escogencia, la autonomía profesional, la responsabilidad y competencias y el consentimiento informado.

La norma establece, entre otros aspectos, parámetros para la práctica de la telemedicina en temas como: Categorías (interactiva, no interactiva, telexperticia, telemonitoreo), Uso de medios Tecnológicos, Calidad y Seguridad de la Información, Calidad (en el marco de la Política Nacional de Seguridad del Paciente) y seguridad de los datos.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

¹² La teleorientación es entendida como el conjunto de acciones que se desarrollan mediante las TIC para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y palpación. El teleorientador en el marco de sus competencias debe informar el alcance de la orientación y entregar copia del resumen de la comunicación si el usuario lo solicita.

¹³ El teleapoyo es un soporte solicitado por una profesional de la salud a otro profesional de la salud, mediante TIC en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo la conducta que determina para el usuario.



Con la actualización del plan de beneficios, se estableció que se financia con cargo a la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutivez en la prestación de dichos servicios.

- En cumplimiento de lo estipulado por el Art. 246 del PND, **Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHC)**, se trabajó en la conceptualización del mecanismo electrónico que desarrolle la interoperabilidad de la historia clínica de tal forma que los prestadores de servicios de salud públicos y privados, y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud, compartan los datos vitales para dar continuidad a la atención en salud y se definió la Arquitectura Tecnológica de dicho mecanismo. Así mismo, se realizó una labor articulada con el Congreso de la República para la expedición de ley por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable (hoy Ley 2015 de 2020). Tiene por objeto regular la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) para que se puedan intercambiar datos relevantes de salud de todos los colombianos, salvaguardando y respetando el *Habeas Data*. Garantiza el acceso y el ejercicio de los derechos a la salud y la información de las personas.

La HCE deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma, clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad. Los prestadores de servicios de salud estarán obligados a disponer los expedientes de la historia clínica de los colombianos para que puedan ser consultados a través de una plataforma de interoperabilidad, es decir, que todos los sistemas se puedan comunicar para dar a conocer a los profesionales de la salud la historia clínica de cada colombiano.

El plazo máximo de implementación será de cinco (5) años a partir de la entrada en vigencia de la ley. Esta estrategia obedece a criterios donde se prioricen datos y sistemas existentes en los distintos prestadores. Por su parte, el modelo de interoperabilidad deberá ser reglamentado en un año.

A la HCE solo podrán acceder a ella los sujetos obligados por la ley y las personas autorizadas por el titular de esa información. Este avance promueve modernizar y hacer más eficiente el sistema de salud en beneficio de la gente. La HCE permitirá a las IPS tener acceso a los datos básicos de salud de pacientes, permitiendo mejores diagnósticos, seguimiento y menos trámites.

El Ministerio de Salud y Protección Social administrará el modelo de interoperabilidad de la HCE y el MinTIC será el responsable de la herramienta tecnológica. LA HCE se alinea con la Ley Antitrámites (Decreto-Ley 2106 de 2019) teniendo en cuenta que por ley todo paciente en Colombia tiene derecho a que le suministren su historia clínica por cualquier medio electrónico por parte de los prestadores de servicios de salud de forma gratuita, completa y rápida.

- Se avanzó en el alistamiento del sector para la implementación de la **facturación electrónica** en armonía con lo determinado por la autoridad tributaria (DIAN), lo que permitirá simplificar y estandarizar procesos para agilizar el flujo de recursos dentro del SGSSS. Además, permitirá detectar oportunamente eventuales prácticas inadecuadas y facilitará a las autoridades identificar hechos de corrupción en el sector salud.

Teniendo en cuenta que la implementación de la factura electrónica se ve como una oportunidad de transformar el sector, armonizando procesos, contar con soportes de las transacciones entre agentes



del sector y facilitar el seguimiento a través de la trazabilidad de la facturas, desde el Ministerio se ha invitado a los diferentes actores en el SGSSS a participar en el desarrollo de las labores necesarias para dar cumplimiento a la implementación de la factura electrónica de acuerdo a sus características, condiciones determinadas en las diferentes normas para cada tipo de entidad y cronogramas estipulados, iniciando en 2019 con los clasificados como grandes contribuyentes.

Frente al sector salud el pago y trámite de glosas, continúan regidos por los Ar. 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011. Por su parte, la facturación electrónica para el recobro ante la ADRES por servicios y tecnologías no con cargo a la Unidad de pago por capitación, se regirán por el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1885 de 2018. La facturación electrónica para el recobro ante la ADRES, de reclamaciones por accidente de tránsito, que involucre un vehículo no identificado, o por eventos terroristas o por eventos catastróficos, se rige por el Decreto 780 de 2016.

- Se incorporó un **mecanismo de ajuste ex post atado a calidad en cáncer** (que incluye la evaluación de la gestión clínica) en la Cuenta de Alto Costo–CAC. Con la **Resolución 3339 de 2019**, se estableció e implementó el mecanismo de cálculo para definir los montos de aporte y giro sobre los recursos de la UPC para las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar–EOC, así como su distribución,

Tiene por objeto incentivar la gestión del riesgo de cáncer de conformidad a través de indicadores, once (11) cánceres priorizados desde una perspectiva epidemiológica, de carga de enfermedad y de interés en salud pública (a saber: mama, cuello uterino, colon y recto, estómago, próstata, tráquea, bronquios y pulmón, leucemia linfocítica aguda-LLA en niños, LLA en adultos, leucemia mielocítica aguda-LMA en niños, LMA en adultos y linfoma no Hodgkin en adultos).

El mecanismo será administrado financieramente por la CAC. Las EPS obtendrán los recursos según dos criterios: el 25% con ocasión de las prevalencias de los 11 tipos de cáncer y el 75% por gestión, resultados y cuidado del paciente.

Mediante la Resolución 3339 de 2019, establecimos un mecanismo de incentivos para que las EPS potencien sus servicios y resultados en salud, en la atención de pacientes con los tipos de cáncer más comunes entre los colombianos.

#PonleCuidado

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



- Se trabajó en la **eliminación y simplificación de trámites**, incluyendo el trámite de reclamaciones de accidentes sin SOAT ante la entidad Administradora de los Recursos de Salud-ADRES y el de las licencias del cannabis medicinal (según el capítulo de salud del Decreto-Ley 2106 de 2019 o Antitrámites).
- Replicación del **modelo exitoso de gestión "pre-tutelas"** de Caldas, en Boyacá y con algunos avances en Bogotá. Consiste en un modelo de gestión innovador que tuvo a Caldas como pionero. Establece una ruta abreviada para resolver una situación real al ciudadano y evitar la vía de la tutela. Es un sistema que ha demostrado ser capaz de resolver más del 80% de los casos. Así, en Caldas, se están reduciendo las tutelas por problemas de afiliación al sistema de salud, la demora en asignar una cita, la necesidad de un procedimiento médico, pruebas de laboratorio o la entrega de medicamentos, entre otros.

Se ha logrado con la implementación de una Oficina de Gestión en la ciudad de Manizales. Busca resolver en 48 horas o menos las causas que llevan a un ciudadano a interponer el recurso legal de la tutela. La estrategia ha sido implementada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), con el concurso de los prestadores de servicios, organismos de control y la Supersalud. La oficina está ubicada en el Palacio de Justicia de Manizales, al lado de donde se radican las tutelas. A ella acceden los ciudadanos para revisar si su caso tiene una solución en 48 horas. Si no se atiende efectivamente en ese tiempo, la persona puede presentar el recurso.

Es una estrategia ejemplar pues se anticipa a las situaciones que llevan a los usuarios a interponer tutelas ante el sistema de salud y les plantea una ruta expedita en la que todos los actores del departamento realizan las gestiones pertinentes, para resolver sus casos. Estas soluciones descongestionan el sector judicial y le dan una respuesta efectiva al ciudadano, evitando un sobre costo para todo el sistema legal y mejorando el acceso y el cumplimiento de las expectativas en salud de los usuarios. Una vez la persona radica su caso en la oficina, se activa un protocolo desde un software construido por la misma DTSC, que notifica inmediatamente a EPS y demás partes para que gestionen la solución. Las acciones y tiempos de respuesta van quedando registradas en el sistema. Con esta iniciativa se les resuelve a las personas, por una vía menos difícil y engorrosa, las dificultades que puedan haber tenido para el acceso a los servicios de salud. Tras el éxito de la iniciativa, la DTSC proyecta llevar una Oficina de Gestión a cada uno de los 27 municipios del departamento; Boyacá también ha avanzado en replicar este modelo.

- Realización, por primera vez, de la **Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia**, con el Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional (IFC). Este análisis cubre la provisión de servicios, tanto público como privado. Evalúa el estado de la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, valiéndose de comparaciones internacionales donde es posible. Evalúa las estrategias, políticas, regulaciones y capacidad del sector para mejorar la calidad de la atención. Su metodología se vale de las buenas prácticas internacionales y la evidencia científica respecto de los determinantes de sistemas de salud de alto desempeño. Los resultados, conclusiones y recomendaciones de esta evaluación (y sobre las cuales el Ministerio y el Gobierno Nacional ya se está dando pasos) se encuentran disponibles en:
<https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>

Se espera actualizar los resultados del estudio en dos (2) años para medir el progreso y compararlo con otros países.



- Se fortaleció el empoderamiento de las personas para el ejercicio de sus derechos, actualizando la regulación acerca de los lineamientos que deben tener en cuenta las EPS para la elaboración y entrega de una **carta de derechos y deberes y una carta de desempeño**, con el propósito de que cuenten con información adecuada y suficiente como mecanismo para ejercer su libertad de escogencia.
- En el marco del **Modelo de Asistencia Técnica** en materia de calidad cabe resaltar lo siguiente:
 - Fortalecimiento del Modelo de Asistencia Técnica que permite al nivel nacional y territorial la identificación de los avances y necesidades en la consecución de niveles superiores de calidad en las IPS, a través de la autoevaluación en acreditación por los Hospitales Universitarios apoyados en el marco del Modelo.
 - Unidad de criterios para identificación proactiva y consolidación de fuentes de mejoramiento de la calidad a partir de los resultados de indicadores de los diferentes procesos de la dirección territorial y la conformación de mesas técnicas interinstitucionales, que permiten planear la asistencia técnica territorial.
 - Priorización de planes de acción de la dirección territorial de salud en cuanto al mejoramiento de la calidad enfocada en resolución de problemas del territorio, a partir de las fuentes de información para trascender de los planes de mejoramiento de la calidad a planes de resolutivez enfocados en solucionar de manera proactiva las problemáticas en el territorio.
 - Evidencia del compromiso en la identificación del estado de habilitación y los proyectos de infraestructura y dotación del Plan Bienal formulados por los Hospitales Universitarios y las Empresas Sociales del Estado, con el fin de facilitar el cumplimiento de requisitos de entrada para Acreditación.
- Durante el segundo semestre de 2019 se llevó a cabo la **Encuesta de satisfacción de los servicios que las EPS que ofrecen a sus afiliados** tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, contando con trazabilidad de información desde 2013, vigencia desde la cual la Oficina de Calidad de Minsalud lidera el desarrollo de la misma. Los resultados de la encuesta 2019 ya se encuentran consolidados al igual que el informe final. Cabe señalar que la información que se genera, se constituye en una herramienta para empoderar al paciente y sus familias en la toma de decisiones, así como brindar insumos para las instituciones que ejercen Inspección, Vigilancia y Control.
- Se realizó ajuste al formulario de la **Encuesta de evaluación de las EPS por los usuarios 2019**, buscando obtener información más detallada sobre el acceso de los usuarios al SGSSS, así como ajustes de manera que indagara más directamente las funciones indelegables del aseguramiento por parte de las EAPB.
- Se expidió la **Resolución 3539 de 2019** “por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016”. Esta modificación cambia la periodicidad del reporte, el cual pasa de ser semestral a trimestral.
- En marzo de 2019, se publica el informe del **Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2019** con lo que se dio cumplimiento a lo normado en el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011.



- Para la vigencia 2019 se obtuvo un cumplimiento del 74% en el reporte de los indicadores de calidad de la atención que se realiza a través de PISIS¹⁴ por parte de las IPS a nivel nacional. Se realizaron mejoras en el **Observatorio Nacional de Calidad** para que los resultados de los indicadores de calidad puedan ser consultados de manera fácil por todos los ciudadanos y usuarios del SGSSS.
- Se desarrolló una **propuesta de Política de Humanización** y se dio un fortalecimiento de la respectiva mesa de trabajo, con la participación del sector académico, funcionarios de dependencias de Minsalud y la ciudadanía, logrando una nueva versión del documento que incluye: Ejes Orientadores (Ser Humano; Bien Común; Servicio Público Esencial; Responsabilidad Social y Construcción Continua) y Líneas Estratégicas de Trabajo (Relacionamiento Interpersonal Humanizado, Empoderamiento Colectivo, Formativo Humanizado, Participación Colaborativa, Tu Estrategia Creativa e Inspiradora).

Todo lo anterior aporta para que en el sector se retome la preponderancia de la calidad asistencial y su mejoramiento, algo fundamental en un país que prácticamente ya logró la cobertura universal del aseguramiento y espera contar con servicios dignos, oportunos, integrales y seguros.

La salud es de todos Minsalud

Los actores del sistema de salud deben privilegiar la calidad por encima de cualquiera de sus actuaciones, para que **los colombianos sean bien atendidos.**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
La salud es de todos

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

¹⁴ PISIS es una plataforma utilizada para el intercambio de información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), la cual recibe los archivos y realiza un proceso de validación en cuanto a estructura de datos definida a través de un anexo técnico junto con algunas reglas de validación de acuerdo a lo especificado en dicho anexo (Fuente: <https://www.sispro.gov.co/pisis/Pages/pisis-plataforma-de-integraci%C3%B3n-de-SISPRO.aspx>)



III. Salud pública

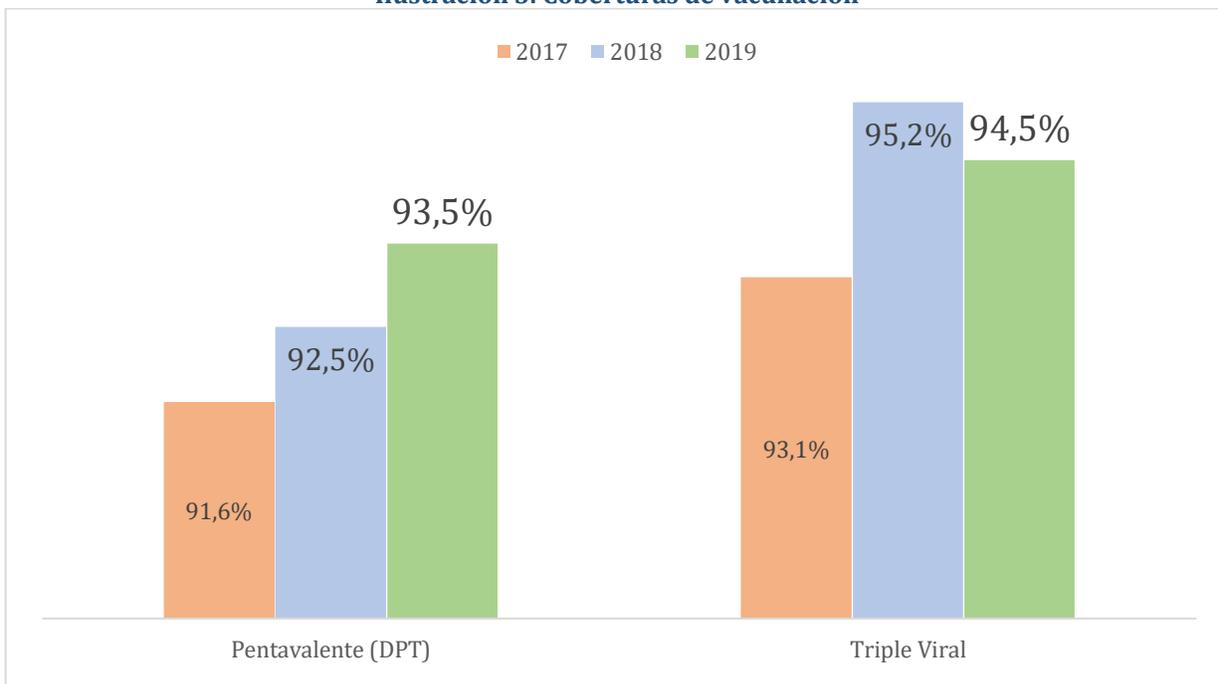
El trabajo sobre los principales retos de salud pública del país se ha realizado conjuntamente con los departamentos, distritos y municipios. Ha contado con el apoyo de distintas agencias internacionales y en algunos temas con el liderazgo del Congreso. También ha mantenido el enfoque intersectorial necesario para responder a los determinantes de la salud.

Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Vacunación

Durante los últimos años, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Colombia se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados y con efectividad demostrada. 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 se ha mantenido como uno de los mejores de la región y del mundo, con un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades.

Para 2019, las coberturas de vacunación se mantuvieron en índices sobresalientes. En específico, se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 94,5% y de 93,5% en pentavalente.

Ilustración 3. Coberturas de vacunación



Fuente: Cálculos propios Minsalud-Dirección de Promoción y Prevención-Grupo PAI

Nota: Se grafican coberturas trazadoras en términos de **menores de un año con vacuna Pentavalente** (tres dosis) y **niños 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.



Por otra parte, hay que resaltar que se contó con un presupuesto de **\$385 mil millones para 2019, lo que ha sido la inversión más alta desde una perspectiva histórica.**

Además, en materia de vacunación se logró:

- El **reconocimiento mundial a Colombia por el esfuerzo y los resultados obtenidos en la prevención de sarampión y la rubeola.** En septiembre de 2019, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, entregó a Colombia un premio que reconoce el compromiso de Colombia y del Ministerio de Salud y Protección Social con la Iniciativa de Eliminación contra el Sarampión y la Rubeola. Este reconocimiento cobra especial importancia por los esfuerzos particulares que se han tenido frente a la presión migratoria desde Venezuela; hay que anotar que desde 2018 se introdujo la dosis cero de la vacuna contra el sarampión para proteger de esta enfermedad no solo a la población colombiana sino a los migrantes.
- La recuperación de las coberturas de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH), pasando de menos del 10% a valores del 30%. Tan solo en 2019 se aplicaron 150 mil dosis de la vacuna contra el VPH. Tan solo en 2019 se aplicaron 150 mil dosis de esta vacuna que previene el cáncer de cuello uterino (que es la cuarta causa de enfermedad y muerte por cáncer en mujeres en Colombia).



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

- Movilización de múltiples donaciones internacionales para apoyo en la atención a migrantes. Además, en 2019 se incrementaron en un 100% los recursos transferidos a 33 entes territoriales (secretarías de salud departamentales y municipales) para apoyar la atención en salud de la población migrante. Este apoyo, efectuado mediante las Resoluciones 1175 y 3343 de 2019, pasó de \$40 mil millones en 2018 a \$80 mil millones en 2019.
- **Colombia lideró la expedición de la Tarjeta Unificada de Vacunación para la región** que busca unificar el esfuerzo en protección de la población migrante venezolana y que ya es usada por más de una docena de países. Sirve para atender de una forma más eficiente a los migrantes que viajan por la región y proteger su salud y las de las poblaciones por donde transitan. Además, fortalece los sistemas de información, evita la revacunación durante el tránsito en los países de la región y permite detectar más fácilmente aquellas dosis que deben ser aplicadas.



La salud
es de todos

Minsalud

Ingreso del país a la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria-IREM

El ingreso a la IREM representa apoyo técnico y financiero para enfrentar cerca del 60% del total de la carga de la enfermedad por esta patología.

Ser uno de los 10 países que conformar la IREM permite recibir asistencia técnica, y recursos del orden de USD \$2,4 millones que sumados a la contrapartida que hacen los municipios, por USD \$7,3 millones sirven para realizar acciones de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y promoción y prevención de la malaria. Es financiada en parte por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Fondo Mundial, la Fundación Carlos Slim y administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la *Clinton Health Access Initiative* (CHAI), el Consejo de Ministros de Centroamérica y República Dominicana y con el Proyecto Mesoamérica.

The infographic features a dark blue background with a white and blue header containing the Minsalud logo and the slogan 'La salud es de todos'. The main text on the left reads: 'Ser parte de la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria -IREM-, nos permite acceder a recursos y asistencia técnica para:'. To the right, five benefits are listed in white text, each accompanied by a small icon: 1. 'Prevención y tratamiento oportuno de la enfermedad.' (with a pill icon), 2. 'Mayor articulación con la comunidad.' (with a group of people icon), 3. 'Fortalecimiento del diagnóstico.' (with a microscope icon), 4. 'Optimización del Talento Humano.' (with a person icon), and 5. 'Capacitación.' (with a graduation cap icon).

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Con esta iniciativa se pretende lograr la **reducción de un 75% de la malaria en 8 municipios de los departamentos de Chocó** (Quibdó, Atrato, Lloró, Medio Atrato, Rio Quito y Bagadó), el distrito de **Buenaventura** (Valle del Cauca) y **Tumaco** (Nariño), así como la **eliminación de la malaria en 4 municipios de frontera con Panamá pertenecientes al Chocó** (Acandí, Juradó, Rio sucio y Unguía), desarrollando acciones desde el 2019 hasta el 2022 (año en que finaliza la IREM).

Se logró firmar el pacto con los gobernadores y alcaldes de los territorios a trabajar y el convenio tripartito entre la Agencia Presidencial de Cooperación, Banco Interamericano de Desarrollo y Minsalud. Se avanzó en toda la planeación y talleres para focalizar áreas y acciones en los municipios a intervenir y se ajustó el manual operativo del proyecto específico para Colombia. Lo anterior para garantizar la adecuada ejecución de la iniciativa con el fin de lograr las metas mencionadas.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Despliegue en el territorio de la Política Integral de Salud Mental

Existe un aumento progresivo en el intento de suicidio lo que también está relacionado con la optimización de la notificación en los servicios de salud. Por otra parte, la mortalidad por suicidio, si bien ha tenido un comportamiento relativamente estable en los últimos 10 años, muestra un incremento del 22,7% desde el 2013 hasta la actualidad. Los adolescentes y jóvenes son los más afectados. El departamento con mayores tasas es Vaupés.

Para atender las patologías que se están presentando en salud mental, considerada la segunda causa de enfermedad en el país, en 2019 se desplegó la Política Nacional de Salud Mental que tuvo la participación de casi mil personas en su proceso de construcción. Esta política atiende al modelo de determinantes sociales de la salud contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, que plantea el análisis de las desigualdades sociales y su incidencia en los logros en salud, incluyendo la salud mental. Así, se espera la estabilización de las tasas de suicidio a partir del despliegue de la Política.

Esta política considera cinco ejes: 1) Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; 2) Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; 3) Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia; 4) Rehabilitación integral e Inclusión social; y 5) Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.



Con relación a la atención en salud mental, todas las personas que lo requieran tienen derecho a:

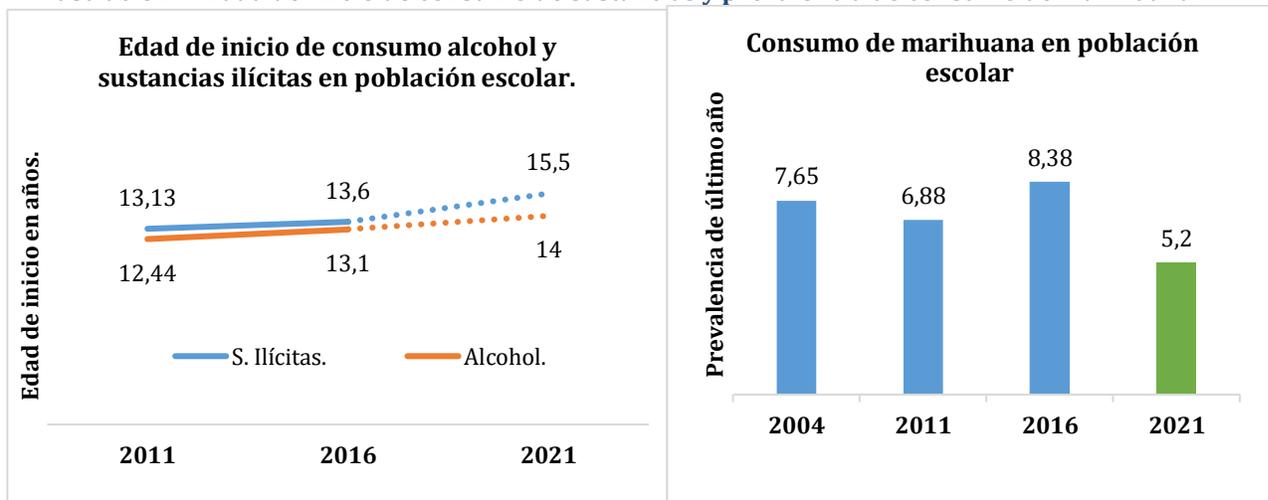
- ✓ Atención de urgencias en salud mental.
- ✓ Sesiones de psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.
- ✓ Transporte o traslado de pacientes con patología de urgencias.
- ✓ Medicamentos de primera, segunda y tercera línea para trastornos mentales.
- ✓ Exámenes de laboratorio para seguimiento.
- ✓ Terapia electroconvulsiva asistida con relajación.
- ✓ Internación 90 días al año para población general.

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Así, se desarrolló un plan para la prevención del suicidio con acciones concretas intersectoriales de promoción de los vínculos afectivos, detección e intervención temprana en los entornos, atención a los sobrevivientes, cualificación de profesionales de la salud y acciones con medios de comunicación; priorizando los departamentos con mayores tasas.

Por otra parte, y a pesar que en Colombia se ha logrado aumentar la edad de inicio de consumo tanto de alcohol, como de sustancias psicoactivas ilícitas; se requieren mayores esfuerzos para cumplir con la edad propuesta en el PDSP para el 2021. Además, el consumo de marihuana tiende a aumentar en la población escolar.

Ilustración 4. Edad de inicio de consumo de sustancias y prevalencia de consumo de marihuana



Fuente: Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Población Escolar Colombia – 2016 y Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.



Despliegue de la Política de Prevención y Tratamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas

En el marco de la Política de Salud Mental y lo mencionado arriba, se construyó participativamente, se adoptó y se desplegó una nueva Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, mediante Resolución 089 de 2019. Por medio de esta política se garantiza atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos. Busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos.

Los ejes de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas son: i) Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas; ii) Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas; iii) Tratamiento integral; Rehabilitación integral e Inclusión social; y, Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

El lanzamiento de las dos políticas se realizó a través de siete (7) encuentros regionales con la participación de cerca de 3 mil personas que representan a las autoridades locales, organismos de control político, entidades descentralizadas, Ministerio Público, Fiscalía y academia.

Además, se ha logrado llegar miles de personas, incluyendo niños y adolescentes, con problemas de salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en los 25 municipios donde se encuentran ubicados los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCT). También han sido capacitados profesionales en la respectiva estrategia, así como a líderes locales en identificación y abordaje básico de problemas de salud mental en la comunidad.

En materia de salud pública además se dio lo siguiente:

- **Continuidad en Colombia del Fondo Global contra el VIH, la Malaria y la Tuberculosis**, por 10 años y US\$19,5 millones adicionales. Con ello, se atiende entre otros aspectos, el tamizaje, diagnóstico, tratamiento antirretroviral y seguimiento paraclínico en relación con el VIH/SIDA a la población migrante en Colombia.
- Expedición del Decreto de **reglamentación para Mujeres Víctimas de Violencia** (Decreto 1630 de 2019), en coordinación con Minjusticia. Busca fortalecer la atención a las mujeres víctimas de la violencia y aplicar sanciones administrativas, adicionales a las penales a las que haya lugar, a las personas responsables de dicha violencia. Deja en el Estado la responsabilidad del Estado de brindar atención integral en salud física y mental a las mujeres víctimas de la violencia, además de sus hijos menores de 25 años que dependen de ellas.



La violencia contra la mujer que sea manifestada por las víctimas deberá ser reportada por las entidades territoriales del orden departamental o distrital y las responsables de los Regímenes Especial y de Excepción en el Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO.

Actualiza y define el concepto de situación especial de riesgo que pueden sufrir las mujeres víctimas de la violencia como “aquel hecho o circunstancia que por su naturaleza tiene la potencialidad de afectar la vida, la salud o la integridad de la mujer víctima de violencia, que se derive de permanecer en el lugar donde habita”. Para poderla establecer, la autoridad competente deberá evaluar los factores de riesgo y seguridad que puedan afectar la vida, salud e integridad física y mental de la mujer víctima de violencia, una vez hecho esto deberá emitir una orden de medida de atención.

Para ser atendidas, deben estar afiliadas a una EPS ya sea subsidiada o contributiva. Si la mujer víctima de violencia no cumple las condiciones para pertenecer a un Régimen Especial o de Excepción o no está afiliada al SGSSS y no cuenta con capacidad de pago, la entidad territorial gestionará la inscripción en una EPS del Régimen Subsidiado, conforme a la normativa vigente. Si cuenta con capacidad de pago la mujer deberá inscribirse en el Régimen Contributivo.

Además, señala que nunca se podrá negar, bajo ninguna circunstancia, la prestación y continuidad de las medidas de atención. Estas medidas son temporales y no deberán aplicarse por más de seis meses; sin embargo, podrán prorrogarse por seis meses más si los factores de riesgo persisten y amenacen la seguridad de la mujer víctima de violencia

- **Desarrollo de un plan de choque intersectorial e interinstitucional contra la mortalidad infantil asociada a la desnutrición** aguda (peso bajo para la estatura), liderado desde la Comisión Interinstitucional de Seguridad Alimentaria y Nutricional–CISAN. Datos preliminares (fuente: INS-SIVIGILA) revelan una **reducción del 15% en este indicador entre 2018 y 2019**. No obstante, es fundamental tener presente que la migración sigue creciendo y esta sería una de las causas de las muertes por desnutrición en Colombia.
- **Continuidad en el programa de eliminación de la transmisión domiciliar del Chagas**, logrando sumar **más de 33 municipios libres de esa enfermedad** (transmitida por el insecto conocido como pito).



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



- Expedición del Decreto 1975 de 2019 (que modifica el Decreto 1500 de 2007) con el propósito de asegurar el abastecimiento y la **inocuidad en las plantas de sacrificio animal** de los diferentes municipios del país.
- Lanzamiento de la segunda fase del **Proyecto "Salud para la Paz"** en 26 municipios –25 de los cuales son municipios priorizados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)¹⁵–, en 14 departamentos del país. Este proyecto tiene como objetivo desarrollar capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud. Es adelantado por el Ministerio de la mano 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). La primera fase de este proyecto, por USD \$2 millones, culminó en el segundo semestre de 2019 y avanzó en temas de fortalecimiento institucional y jornadas extramurales. La segunda fase, por USD\$1,8 millones inició ejecución en octubre de 2019 y añadió al municipio de Patía (Cauca) frente a los municipios beneficiarios de la primera fase. Los ejes del proyecto impactan más de 100 iniciativas PDET.
- De la mano del Congreso se adelantó la siguiente agenda en materia de salud pública:
 - Aprobación de Ley 1968 de 2019, por la cual se **prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional** y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos. Tiene por objetivo legislar en torno a la prohibición de asbesto¹⁶, toda vez que se reconocen sus efectos nocivos para la salud. Según la OMS y distintos estudios, las formas de asbesto son cancerígenas para el ser humano, por lo que la utilización de este material en la industria ocasiona daños en la salud de la población laboral expuesta. En los últimos años se han hecho llamados internacionales para la sustituir este material y prohibir su manipulación. Más de 50 países lo han prohibido, incluyendo todos los miembros de la Unión Europea. Con esta Ley se prohíbe en el país la producción, comercialización, exportación, importación y distribución de cualquier variedad de asbesto a partir de 2021. La norma otorga al Gobierno cinco años, contados a partir de su promulgación para contar con una política de sustitución del asbesto instalado. También establece la Ruta de Atención Integral para Personas Expuestas al Asbesto que ofrecerá información y orientación acerca de los derechos, medidas y recursos con los que cuentan los afectados. Asimismo, se deberán ofrecer exámenes médicos y legales para el correspondiente diagnóstico y tratamiento.
 - Aprobación de la Ley 1980 de 2019, que tiene por objeto **regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de enfermedades**. Con esta norma se pretenden llevar acciones como tomas de muestras de sangre del cordón umbilical o del talón a los niños recién nacidos para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de los niños y dejar secuelas futuras. Esta nueva norma permite

¹⁵ Los PDET son instrumentos de planeación. Se derivan de un proceso de construcción y participación a 10 años, que reflejan la visión colectiva de los actores del territorio. Es por esto que la participación activa de las comunidades es fundamental, ya que el PDET busca reivindicar su valor protagónico en la promoción de su propio desarrollo. Para mayores detalles, ver: http://www.renovacionterritorio.gov.co/especiales/especial_PDET/

¹⁶ El asbesto (o amianto) consiste en un grupo de minerales naturales fibrosos, utilizados para fines comerciales debido a su resistencia a la tensión, escasa termo conductividad y resistencia a los químicos. Hasta el momento se utiliza en aislamiento de edificios, como componente de tejas, tuberías y envases. También se usa en la elaboración de plásticos, piezas mecánicas como frenos, embragues y amortiguadores.



que cerca de 700 mil niños que en promedio nacen cada año en el país, se beneficien de la aplicación de siete (7) pruebas que se realizan para identificar de manera temprana un número igual de enfermedades discapacitantes. Son pruebas que, a partir de análisis de sangre, permiten detectar hipotiroidismo congénito, trastorno de hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hemoglobinopatías y déficit de biotinidasa, además de buscar la existencia de ceguera y sordera en los recién nacidos.

- **Reglamentación de la ley de Desfibriladores Externos Automáticos-DEA**, a través del Decreto 1465 de 2019 (según lo previsto por la Ley 1831 de 2017). Esta norma busca salvar vidas con la atención oportuna de emergencias cardiovasculares. Reglamenta la disponibilidad de los DEA en ambulancias y lugares de alta afluencia de público.
- Avances en la discusión para la **reglamentación de los cigarrillos electrónicos y vapeadores**. Los e-cigarrillos también son conocidos, entre otras denominaciones, como vapeadores. Son dispositivos electrónicos que calientan una solución líquida para inhalar vapor. Según distintos estudios en el mundo, su uso se asocia a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, infarto agudo del miocardio, síntomas bronquiales, respiratorios. A largo plazo puede aumentar el desarrollo de cáncer. Igualmente se relaciona con un mayor riesgo de consumo en adolescentes; según la Encuesta nacional de Tabaquismo de Jóvenes del MSPS, se reportó una prevalencia del 15,4% de consumo de estos productos alguna vez en la vida.



ABECÉ

Lo que debes conocer sobre los cigarrillos electrónicos

1 ¿Qué son los cigarrillos electrónicos?

Son dispositivos electrónicos que calientan una solución líquida para crear vapor, el cual es inhalado por los usuarios. (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, Fundación Colombiana del Corazón, 2018).

Además de ser conocidos como cigarrillos electrónicos (e-cigarrillo), también son llamados vapeadores, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (SEAN), sistemas electrónicos sin suministro de nicotina (SSSN), vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods, plumas de vapor o sistemas de tanque (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Su diseño imita a los productos de tabaco (cigarrillos, puros, pipas), así como a los artefactos comunes como linternas, unidades de memoria (USB) o bolígrafos (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

2 ¿Qué contienen los cigarrillos electrónicos y qué pueden causar?

Propilenglicol: Sustancia cuya inhalación a altas temperaturas puede producir irritación de ojos, garganta y afectación de las vías aéreas (German Cancer Research Center, Heidelberg WHO Collaborating Centre for Tobacco Control, 2014).

Glicerina: Sustancia que puede llevar al desarrollo de neumonía lipóide y otras formas de presentación de enfermedad pulmonar intersticial (Itoh, Aoshiba, Herai, Nakamura, & Takemura, 2017).

Nicotina: Sustancia altamente adictiva, que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales, puede afectar el desarrollo del cerebro en los adolescentes y jóvenes, y es peligrosa para la salud de las embarazadas y los bebés en gestación (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Partículas ultra finas: Incrementan el riesgo de enfermedad coronaria, cáncer de pulmón y asma (German Cancer Research Center, Heidelberg WHO Collaborating Centre for Tobacco Control, 2014).

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Sustancias asociadas a cáncer: metales pesados, formaldehído, acetaldehído, butilaldehído, acroleína, acetona, y otras como benceno, tolueno, etilbenceno, xileno, hidrocarburos y fenoles (German Cancer Research Center, Heidelberg WHO Collaborating Centre for Tobacco Control, 2014) (Pisinger & Dossing, 2014).

Saborizantes: Sustancias que mejoran el sabor y estimulan el consumo de estos productos, principalmente en los adolescentes (Jenssen & Boykan, 2019).

3 ¿Cuáles son los efectos en salud por el uso de los cigarrillos electrónicos?

- El uso de cigarrillos electrónicos durante al menos un año se asocia con un mayor riesgo cardiovascular (A Moheimani RS, 2017) y el uso diario duplica el riesgo de presentar infarto agudo de miocardio (Bhatta DN, 2019).
- El uso de estos dispositivos aumenta el riesgo de síntomas bronquiales y respiratorios (McConnell, Barrington, Wang, & Urman, 2017). Los productos químicos presentes en el vapor del cigarrillo electrónico dañan las células y a largo plazo pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer (Huang SJ, 2018) (McNeill A, 2018).
- La ingesta accidental de la nicotina causa intoxicación aguda, siendo más grave en niños (Weiss D, 2016).
- El uso de cigarrillos electrónicos con nicotina causa adicción y aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

4 ¿El uso cigarrillos electrónicos se relaciona con un mayor riesgo de consumo en los adolescentes?

Sí. La mayoría de razones comúnmente citadas por los niños, adolescentes y adultos jóvenes usuarios de estos productos, son la curiosidad, el sabor y la baja percepción de daño comparado con otros productos del tabaco (Jenssen BP, 2019) (U.S. Department of Health and Human Services, 2018). Dicho consumo incrementa tres veces más el riesgo de fumar cigarrillos convencionales, lo que sugiere que los cigarrillos electrónicos facilitan el consumo de productos de tabaco convencional (Cullen KA, 2018) e incluso de otras sustancias psicoactivas (Jenssen BP, 2019).

5 ¿Quiénes consumen estos productos?

En Colombia, según el III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la población universitaria, se estimó que el %16 de los universitarios ha usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2016). Adicionalmente, la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes reportó una prevalencia del %15,4 de consumo de estos productos alguna vez en la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Adicionalmente, en materia de salud pública:

- Se inició la construcción del Análisis de Impacto Normativo–AIN para **etiquetado**, dando cumplimiento a los requisitos establecidos en el Decreto 1595 de 2015. Se cuenta con el documento que recoge la definición del problema, objetivos, definición de alternativas de solución, impactos esperados, evaluación de impactos económicos, análisis de costo-beneficio o de costo-efectividad, con la participación de los actores implicados en la posible regulación. De manera paralela, se dio inicio a la estructuración del proyecto normativo que modifica la Resolución 333 del 2012, el cual fue socializado con MinComercio, la Consejería Presidencial para la Competitividad y Gestión de Alianzas Público Privadas, representantes de la industria de alimentos y sociedad civil.
- Reconociendo el impacto de los costos de las atenciones por parte de las enfermedades huérfanas en el PND, se avanzó en la **definición de un modelo de atención en salud para las enfermedades huérfanas** en el sistema de salud, para la respectiva implementación en 2020.
- Se avanzó en la **proyección de instrumentos normativos sobre muerte digna** que obedecen a instrucciones de la Corte Constitucional sobre muerte digna, así: Proyecto de Ley sobre Muerte Digna (Sentencia T-544/17), Resolución de Derechos del Paciente (Sentencia T-423 de 2017), borrador de resolución para el sistema de reporte de solicitudes de Eutanasia (Sentencia T-423 de 2017), así como en la revisión de casos reportados y procesos de asistencia técnica a IPS y EPS. En materia de muerte digna, se tiene como reto tramitar el proyecto de ley y consultar formas de modificación a la Resolución 1216 de 2015, en torno al consentimiento sustituto (Sentencia T-721 de 2017).
- En materia de Gestión de los Recursos de Salud Pública, al finalizar el primer semestre de la actual vigencia, el 94,6% de las entidades territoriales de salud habían contratado el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Solo Santa Marta y San Andrés no lograron hacerlo, razón por la cual se hizo requerimiento a Minhacienda para la suspensión de giros de recursos para estas entidades. Adicionalmente, se actualizaron los criterios de clasificación de riesgo de entidades territoriales frente al uso de los recursos del SGP (Decreto 028 de 2008), emitiendo el informe anual al Ministerio de Hacienda.
- En el marco de la implementación del enfoque diferencial étnico en salud pública, se firmó y ejecutó el convenio con ONIC para la revisión, validación y aprobación por parte de la subcomisión de salud de pueblos indígenas, del acto administrativo y anexo técnico para la adecuación socio cultural de las intervenciones colectivas en pueblos indígenas e incorporación de acciones propias en salud en el PIC. Este convenio desarrolló 4 productos adicionales.
- Se avanzó en la propuesta de modificación de las Resoluciones 4505 de 2012, 3280 de 2018 y 276 de 2019 para precisar la progresividad de las acciones de detección temprana y protección específica de promoción y prevención. El proyecto de acto administrativo se encuentra en consulta pública.



Respuesta frente a la enfermedad COVID-19 por el nuevo coronavirus (2019-nCoV o SARS-CoV-2)

Una sección especial en el presente documento merece la descripción de las acciones de respuesta adelantadas por el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con los distintos actores y sectores, ante la aparición de la enfermedad COVID-19 ocasionada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV o SARS-CoV-2). Si bien las acciones tomadas al respecto –en el sentido más estricto– no hicieron parte de la gestión del año 2019 sino desde 2020, se trata de medidas del mayor interés público.

En primer lugar, hay que mencionar que los coronavirus (Cov) se refieren a unos tipos de virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA) o gripa, que puede llegar a ser leve, moderada o grave. Algunos coronavirus se transmiten entre animales y otros tipos se transmiten entre humanos. No existen aún tratamientos específicos y por el momento tampoco hay vacuna comprobada para contrarrestar los coronavirus. En el caso de requerirlo, el manejo se realiza de acuerdo con los síntomas y la gravedad del paciente. Los antibióticos no son útiles en estos casos.

En específico, la enfermedad respiratoria **COVID-19** es provocada por un nuevo virus inicialmente denominado 2019-nCoV y luego **SARS-CoV-2**, e identificado por primera vez en Wuhan (China) al final del año 2019. Los síntomas que pueden presentar los infectados son fiebre, tos, dificultad para respirar y pueden agravarse. En otros casos el infectado puede ser asintomático o solo sentir signos leves.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

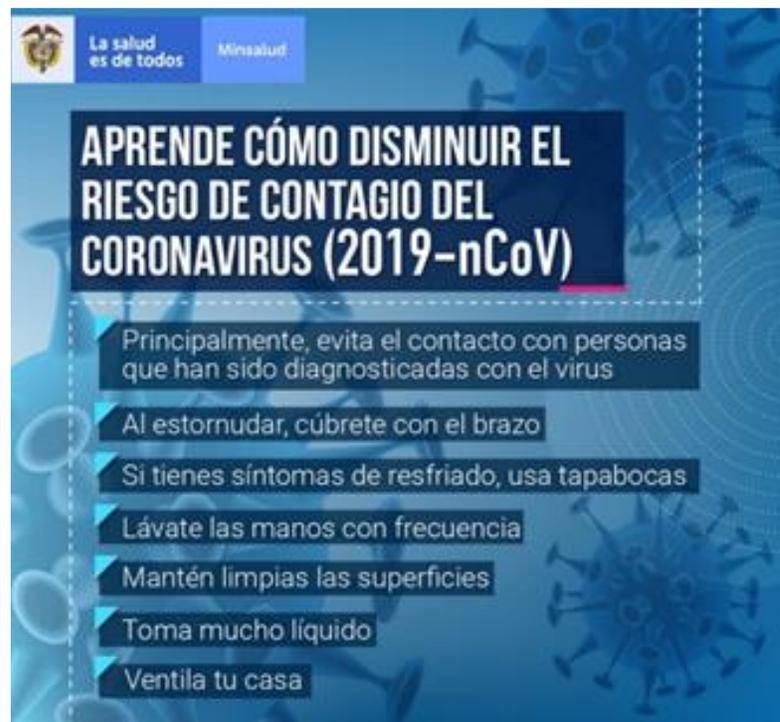
La infección por el nuevo coronavirus se produce generalmente cuando un infectado expulsa partículas del virus, por ejemplo, al toser o estornudar y luego entran en contacto con otras personas a su alrededor. Este mecanismo es similar entre todas las IRA. El virus se transmite de persona a persona por ejemplo cuando se tiene contacto estrecho con un infectado, al vivir bajo el mismo techo, compartir la misma sala en un hospital o cuidar a un enfermo sin la debida medida de protección, ya que se transmite a través de la saliva, el moco y otras secreciones (como las que puede llegar a producir el ojo humano).

El tratamiento es de apoyo, depende del estado clínico del paciente, está orientado a aliviar los síntomas y mejorar el estado general de cada persona según la levedad o gravedad de los mismos.



Cualquier persona puede infectarse independientemente de su edad; pero, según la información recabada en el mundo hasta el momento, se han registrado pocos casos de la enfermedad COVID-19 en niños. Se estima que la mayoría de los pacientes que se enferman por el virus se recuperen. Es decir, esta enfermedad es mortal en raras ocasiones; las víctimas mortales, en general, han sido personas de edad avanzada que ya padecían una enfermedad crónica u otras enfermedades de base. Cifras preliminares indican que la letalidad es baja en términos relativos a otros tipos de infecciones; es así como el desenlace depende de las condiciones de cada persona, la existencia de una enfermedad crónica en el infectado u otros factores de riesgo.

Por ser una enfermedad de tipo respiratoria, un primer aspecto a tener en cuenta para la prevención consiste en evitar el contacto cercano y la transmisión a través de las pequeñas gotas como las provenientes de la tos y los estornudos. Es importante cubrirse con pañuelo desechable –nunca con la mano– la nariz y la boca al estornudar o toser. En el caso de no disponer de un pañuelo desechable, se debe procurar toser o estornudar en el ángulo interno del codo. El **lavado de manos** frecuente es fundamental para evitar el contagio, especialmente después de haber estado en contacto con una persona enferma que no usa tapabocas o cuando se puede haber tocado objetos contaminados. **Lavarse adecuadamente las manos, con agua, jabón** y con la técnica adecuada es la conducta que **reduce en un 50% la transmisión del virus de una persona a otra**. El tapabocas común es recomendado principalmente para las personas que presenten síntomas respiratorios, encargados de cuidar a un paciente con síntomas y/o para los trabajadores de la salud y para acudir a sitios con afluencia de público (como supermercados, transporte público, etc.); además, el personal de salud es el único que debe usar el tapabocas denominado “N95” (y que generalmente conoce como emplearlo de manera correcta).



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Para la atención de cualquier epidemia –como la del COVID-19– existen tres fases: i) preparatoria; ii) contención (una vez sucede el primer caso confirmado en el país); y, iii) mitigación (cuando se produce la circulación local del virus). Cada etapa requiere ir tomando medidas paulatinas, bajo evidencia científica y cada vez más rigurosas para controlar la situación. A continuación, se resumen las acciones de respuesta más notorias ante la aparición del nuevo coronavirus y hasta el corte del 31 de marzo de 2020:

- Desde que la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus, con epicentro en China, se realizó evaluación permanente del riesgo, se generó una intensificación de la vigilancia epidemiológica, intervención rigurosa ante cada uno de los casos en el país (incluidos los colombianos repatriados desde China), se efectuó estricto monitoreo y se realizó seguimiento a nivel global, al interior del país y en cada uno de sus territorios. Igualmente, se generaron estrategias para una adecuada comunicación del riesgo, evitando desinformación, imprecisiones y/o noticias falsas como las que circulan en redes sociales de fuentes no oficiales.
- En la fase de preparación se realizó diagnóstico detallado de los epidemiólogos, equipos de respuesta, capacidad de laboratorios y salas de análisis de riesgo de cada secretaría de salud. **Colombia es el primer país de Latinoamérica en tener pruebas directas de diagnóstico para el nuevo coronavirus** a través del Instituto Nacional de Salud (INS). Una vez inicia la fase de contención, se avanzó en la ampliación de la capacidad de laboratorios en regiones como Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Nariño. También se decide habilitar más capacidad con laboratorios en otras zonas y de frontera como Norte de Santander y Arauca. Lo que se busca ampliando la capacidad instalada de diagnóstico es tener una respuesta mucho más rápida y que otros territorios cercanos puedan enviar sus exámenes en tales sitios para responder a tiempo. Se fortalece la seguridad y capacidad para el transporte de muestras y envío de resultados.
- Desde febrero se intensificaron los mensajes de prevención del contagio. Se reforzó la campaña nacional de **lavado de manos** (frecuentemente durante el día, alrededor de 20 a 40 segundos cada vez y con las técnicas apropiadas), de higiene respiratoria (toser y estornudar adecuadamente), correcto uso del tapabocas y conductas adecuadas (evitar tocarse la cara, evitar el contacto, distanciamiento social, prácticas de limpieza e higiene general, etc.).
- Se instó a los ciudadanos a quedarse en casa cuando existen síntomas respiratorios y aplicar **aislamientos preventivos**. Se crea conciencia para prevenir el contagio, con rigurosidad en cuanto al lavado de manos y aislarse. La mayoría de los casos se previenen con lavado de manos, evitar el contacto, informarse, recibir orientación adecuada a través de las líneas de salud y sobre la consulta oportuna a los centros sanitarios. Solo se debe acudir a urgencias en los casos de presentar dificultad respiratoria –o sea cuando se presenta respiración más rápida de lo normal, el pecho suena o duele al respirar–, ante la presencia de fiebre de difícil control que persiste, de eventuales convulsiones o del deterioro rápido del estado general de salud.
- Desde enero de 2020 se solicitaron al tesoro nacional **\$15 mil millones adicionales** para contar con recursos en los presupuestos del MSPS e INS con el fin de afrontar la situación, fortalecer las campañas, los laboratorios de salud pública, entre otros temas. Posteriormente, en marzo y en articulación con Minhacienda, se generaron las alternativas para contar con los recursos que permitan al sector afrontar la situación.



- Desde la fase de preparación, se profundizaron con los actores de salud, EPS e IPS, las medidas de prevención, de capacidades de atención, de fortalecimiento de la bioseguridad, de capacitación del talento humano, así como el aprovisionamiento de elementos de protección al personal de salud. Con la Circular 5 de febrero de 2020, se dieron directrices para la implementación, preparación y respuesta. Se han desarrollado esquemas de reducción de riesgo en las IPS ambulatorias y en las urgencias para minimizar el contagio, para que las IPS tengan sitios de aislamiento y que los médicos tengan la suficiente capacitación para implementar las medidas necesarias de bioseguridad. Se realizó un YouTube Live, el 10 de marzo de 2020, con orientaciones para el Talento Humano en Salud (THS) para enfrentar la llegada del virus a Colombia. Este video ha tenido más de 20 mil visualizaciones. Se ha trabajado en la respuesta articulada con los actores como las secretarías de salud, EPS, ARL y agremiaciones del sector. Es entre todos los actores y la misma comunidad que se da una respuesta efectiva a los retos que presenta la enfermedad. Se reitera que el manejo de una epidemia depende en parte de la capacidad de las autoridades sanitarias, pero el resto depende de la comunidad y la conducta de cada persona. Por eso es importante el entendimiento de la corresponsabilidad y el autocuidado.
- Se realiza **articulación** permanente e intersectorial, con la participación de distintas entidades del orden nacional y territorial. En el nivel nacional, la coordinación se da entre la Presidencia de la República, Vicepresidencia, Minsalud, INS, Mintrabajo, Mineducación, Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, Mininterior, Mintransporte, Migración Colombia, Minhacienda, Mindefensa, Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, entre otras. Desde marzo entró a operar de manera permanente el **Puesto de Mando Unificado-PMU** desde donde se monitorean, anuncian, coordinan, gestionan y evalúan todas las medidas y acciones adoptadas, con el liderazgo del Sr. Presidente de la República y el Ministro de Salud y Protección Social. Se determina que la toda la información oficial es liderada y canalizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Minsalud aportó orientaciones a Mintrabajo para expedir lineamientos (Circular 17 del 24 de febrero de 2020) a las ARL, empleadores y trabajadores en el sector público y privado, sobre acciones de promoción y prevención, preparación, respuesta y atención de casos, así como acciones de contención, incluyendo directrices de trabajo flexible, virtual y en casa. En coordinación con entidades como Mintrabajo y DAFP, se expidieron directrices como la Circular Externa 19 del 10 de marzo de 2020, sobre acciones de contención y prevención de enfermedades respiratorias, así como instrucciones de intervención, respuesta y atención de la situación (de manera complementaria a la Circular 17), aplicables a distintas entidades públicas y privadas, ARL y trabajadores de todos los sectores. En conjunto con Mineducación se expiden lineamientos y recomendaciones (Circular Conjunta de 11 de marzo de 2020) a entes territoriales y al entorno educativo para la prevención, manejo y control en la materia.
- Hasta febrero de 2020, no existían casos confirmados en Colombia; no obstante, desde ese mismo mes se decidió –en comité MSPS e INS– elevar el riesgo de bajo a moderado; posteriormente fue elevado a riesgo alto. Todas las acciones se han tomado paulatinamente y en línea con las declaratorias, alertas y orientaciones técnicas de la OMS. Una vez fue confirmado el primer caso en Colombia, el 6 de marzo, se finalizó la fase de preparación –que duró 8 semanas– y se activó la fase de contención, en la que se identificaron rigurosamente los casos y se aplicaron mayores controles para evitar la diseminación del virus en el territorio nacional.



- Desde marzo de 2020 se dispuso el aplicativo móvil “CoronApp-Colombia” para conocer y registrar síntomas, practicar autodiagnósticos, saber en qué momento es necesario ir al médico, generar alertas, etc. Para la información ciudadana y adecuada orientación, sumado a las líneas de atención dispuestas por cada entidad territorial y secretarías de salud, se habilitó la línea única gratuita nacional 01 8000 955590; en Bogotá 3305041 (fuera del país +5713305041) y la línea para celular 192. Las EPS también deben orientar a sus afiliados a través de sus propios canales y atender sus inquietudes.
- Inicialmente se instauraron y ampliaron medidas de **control sanitario** a los migrantes desde países que han presentado brotes como, China Italia, España y Francia. Se expide la Resolución MSPS 380 de marzo 2020 y se indica la necesidad de tomar medidas de **aislamiento preventivo** a personas provenientes de estos países con el fin de proteger la salud colectiva.
- Mediante Resolución 385 del 12 de marzo, se declaró la **emergencia sanitaria**. A partir del 16 de marzo, en los aeropuertos se restringe el ingreso al país de personas no nacionales y no residentes en Colombia. Todos los pasajeros colombianos y residentes extranjeros tendrán aislamiento preventivo obligatorio por 14 días.
- Desde el 17 de marzo hasta el 30 de mayo 2020 quedan cerradas todas las fronteras terrestres, marítimas y fluviales del país. Se restringe la entrada y salida del país de todos los ciudadanos nacionales y extranjeros.
- A través de la Resolución 464 del 18 de marzo de 2020, se intensificaron las medidas de protección para los adultos mayores. Se informa del aislamiento preventivo obligatorio para adultos mayores de 70 años hasta el 30 de mayo.
- En el marco del **estado de emergencia** y con el Decreto 457 de 2020 se ordena el **aislamiento preventivo obligatorio** en todo el territorio nacional, a partir del 25 de marzo (que, inicialmente, iba hasta el 13 de abril y que posteriormente se extendió hasta el 26 de abril); el Gobierno comunica permanentemente a la ciudadanía todas estas decisiones.
- A través del Decreto 476 de 2020, en el marco de las medidas necesarias de prevención, diagnóstico y tratamiento, se agiliza el trámite del registro sanitario para todo lo que tiene que ver con equipos, medicamentos, dispositivos, reactivos, productos de higiene para el abordaje del COVID-19. El 25 de marzo, Minsalud expide la Circular 19 de 2020 dirigida a los actores de salud, actualizando la estrategia de detección temprana de casos de infección y abordando el manejo de pruebas rápidas a partir de abril.
- El 27 de marzo se anuncian 1.510 ventiladores más. El 29 de marzo, investigadores del INS descifraron la primera secuencia genética de SARS-CoV-2 en Colombia. El 30 de marzo se anuncian \$2,1 billones adicionales para los hospitales y clínicas.
- El 31 de marzo se entra en la fase de mitigación por cuanto el porcentaje de casos sin nexo epidemiológico superó el 10%. Esta fase indica que la estrategia debe ser enfatizada a la población general y no solo el control y contención de casos de personas identificadas. Si bien la fase de la epidemia es mitigación, se continuará haciendo contención. No se abrirán las fronteras, el país continuará haciendo pruebas y se abre también el mercado para usar las pruebas rápidas. Se insiste además en mantener estudio y aislamiento de contactos de casos positivos por las entidades territoriales y las EPS,



La salud
es de todos

Minsalud

así como en las medidas de autoaislamiento. En la misma línea, se mantienen las medidas de distanciamiento social (cierre de centros educativos, no reuniones y no eventos masivos). De acuerdo a cómo se vaya presentando la curva epidemiológica, se tomarán nuevas decisiones.

Para consultar la **información oficial y actualizada** sobre este coronavirus, se disponen los siguientes enlaces:

<https://www.minsalud.gov.co>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Nuevo-Coronavirus-nCoV.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19.aspx>

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>



IV. Desarrollo del talento humano en salud

El MSPS ha buscado retomar la dimensión del desarrollo del talento humano en salud en la agenda actual, con propuestas concretas y la visibilidad necesaria. A continuación, se exponen los principales logros avances en esta materia:

Reglamentación del Sistema de Residencias Médicas

Mediante la Resolución 1872 de 2019 se inició¹⁷ la **reglamentación de la Ley de Residentes** (o Ley 1917 de 2018, que creó el Sistema de Residencias Médicas) y que entra en funcionamiento desde el segundo semestre de 2020, con gran impacto sectorial. Permitirá que más de **4.800 residentes de primera especialidad médico-quirúrgica reciban un apoyo de sostenimiento educativo de 3 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV)** a partir del segundo semestre de 2020, un anhelo que por años se había estado esperando. A través del Decreto-Ley 2106 de 2019 se simplificaron trámites para el otorgamiento del apoyo de sostenimiento al residente.

En este eje de talento humano también se dieron los siguientes avances:

- Se benefició con 2 SMMLV a **3.317 residentes del programa becas crédito** para la vigencia **2018 y 3.297 para la vigencia 2019**. Adicionalmente, **2.800 residentes** recibirán este apoyo durante el **primer semestre de 2020**.
- La expedición de la Circular Externa 036 de 2019¹⁸ para promover que el Talento Humano en Salud (THS), y en especial, que los especialistas médico-quirúrgicos reporten las novedades de títulos en el Registro de Talento Humano en Salud (ReTHUS) y solicitar registro de información a los prestadores de servicios de salud del país sobre el personal de salud contratado y vacantes, en un esfuerzo por **mejorar la caracterización del THS del país**. Además, a través del **Decreto Ley 2106 de 2019 se simplificaron trámites para el ciudadano para obtener la autorización del ejercicio de una ocupación o profesión de la salud**.
- Concertación con las centrales obreras en los temas de salud y de un **proyecto de ley** que da facultades extraordinarias al Sr. Presidente de la República para expedir un **nuevo estatuto laboral para los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado-ESE**, el cual se encuentra en revisión luego de la evaluación realizada por Minhacienda.
- Se propició el establecimiento de una **mesa intersectorial de diálogos con asociaciones gremiales de la salud** en el marco de la gran conversación nacional que el Gobierno adelanta con todos los sectores, cuyo énfasis principal ha sido la implementación de la Ley Estatutaria de Salud, temática sobre la cual el Minsalud ha trabajado con la Academia Nacional de Medicina, en una comisión conformada

¹⁷ Posteriormente, en enero de 2020, se emitió la Resolución 059, por medio de la cual “se definen las especificaciones para el reporte de la información del Sistema Nacional de Residencias Médicas al Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-ReTHUS”.

¹⁸ Posteriormente, el 20 de febrero de 2020, se expidió la Circular Externa 007 dirigida a las Secretarías de Salud e IPS, para dar instrucciones para el reporte de información sobre disponibilidad de talento humano en salud.



para emitir recomendaciones para su implementación progresiva, las cuales se encuentran actualmente en revisión final por el Ministerio.

- Con el propósito de fortalecer la **enfermería** en Colombia, se avanzó en la construcción de un documento con la **propuesta de un “Plan Nacional de Enfermería 2020–2030”, elaborado en conjunto con asociaciones de la profesión**, la cual se sometió a socialización y validación a través de múltiples reuniones regionales con expertos, propuesta que se someterá a discusión con diferentes entidades de gobierno.
- En conjunto con el legislativo se avanzó en la construcción de una **propuesta de Proyecto de Ley para el fortalecimiento del Servicio Social Obligatorio**, incluyendo mayor gobernanza para definir los lugares de nuevas plazas, así como la modalidad de prestación para especialistas médico-quirúrgicos, proyecto de ley que se debatirá en la presente legislatura.
- Se avanzó en un **proyecto de Decreto que implementará el Sistema de Formación Continua para el Talento Humano del Sector Salud**, que pasó a consulta pública y el cual se encuentra actualmente en ajustes. En paralelo se avanza en una **propuesta de Plan Nacional de Formación Continua para el THS** del país.
- Se desarrollaron acciones de formación como asistencia técnica, de manera directa o con el apoyo de otras entidades, beneficiando cerca de **10 mil personas de entidades territoriales, así como personal de salud y administrativo de hospitales priorizados en temas relacionados con las prioridades en salud pública del país.**
- Se avanzó en la definición de **Lineamientos técnicos para la gestión y funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud, con énfasis en el componente primario de atención**, y bajo el liderazgo de perfiles tales como **Médicos Familiares, Médicos y Enfermeros Generales**. El documento se encuentra en revisión antes de su socialización y discusión con actores interesados.
- Se **formaron 27 Auxiliares en Salud Pública con Enfoque Intercultural del pueblo UWA** en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá, con el apoyo del SENA.
- En conjunto con las instituciones educativas en **Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC)**, se generaron **lineamientos de consenso sobre componentes curriculares de 4 de las disciplinas relacionadas** con MTAC, documento publicado en el Observatorio de Talento Humano en Salud.
- Se ingresó a la **iniciativa para la medición del desempeño de la atención primaria en salud**, liderada por el Banco Mundial (BM), efectuándose una primera medición sobre la cual el comité directivo que se conformó y el BM se encuentran generando recomendaciones.



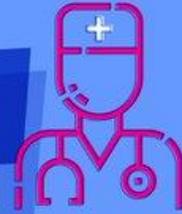
La salud
es de todos

Minsalud

Retos
en Salud
2020

Aplicar lo reglamentado en la Ley de Residentes

fortalece al talento humano en salud y le da
mayor reconocimiento y bienestar a todos
los residentes en especialidades
médico-quirúrgicas en el país.



La salud
es de todos

Minsalud

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



V. Sostenibilidad financiera

El MSPS avanzó de manera significativa en la promesa del Gobierno Nacional de resolver deudas históricas que se habían acumulado a lo largo de los años, ocasionando en el sector una serie de incumplimientos e iliquidez que comprometía los servicios en salud y las instituciones. Los esfuerzos han sido múltiples y sus resultados son relevantes en el futuro.

Recuperación financiera del SGSSS

En materia de **recuperación financiera del sistema**, se resalta –en primer lugar– la estructuración e implementación del Acuerdo de Punto final, aprobado en la Ley del PND (i.e. Art. 237 y 238).

Acuerdo de Punto Final

Como antecedentes, hay que mencionar que se habían acumulado cuentas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, causadas a cargo del Estado en su nivel nacional (para el régimen contributivo) y territorial (para el subsidiado). Esta acumulación impacta la liquidez del sistema de salud e inciden en factores como la calidad y oportunidad de los servicios en salud, en la medida en que el comportamiento en el flujo de recursos asociados a este mecanismo termina limitando la capacidad de gestión del financiamiento corriente y la prestación del servicio.

Una de las causas de esta acumulación se debe a que a las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios en Salud–EAPB se les reconoce de manera ex ante solo lo que se financia a través de la UPC (i.e. mecanismo de protección colectiva) y que el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados por ella se realiza en forma ex post (i.e. mecanismo de protección individual), tras surtir procesos de auditoría complejos y diferentes en cada régimen. Asimismo, por efectos del incremento en la demanda de los servicios que se financian por el mecanismo de protección individual¹⁹.

Además de lo anterior, existen procesos de reconocimiento y pago distintos en ambos regímenes, lo que representa inequidad en el acceso a estos servicios y se ha constituido en una carga desigual para las entidades cobrantes y recobrantes, ya que los flujos y comportamientos en el pago varían según cada entidad territorial. De manera adicional, esta situación propicia la existencia de múltiples interpretaciones

¹⁹ Hay que tener en cuenta que la protección estatal integral del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 brinda garantía total del Plan de Beneficios al usuario por medio de tres mecanismos. Estos se clasifican de acuerdo con su naturaleza y financiación. Su trámite corresponde a la Entidades Promotoras de Salud (EPS) y no al afiliado, estos son: i) El mecanismo de Protección Colectiva, en el que se reconoce «ex ante» a un tercer pagador a través de un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación–UPC, para que garantice los contenidos en el Plan de Beneficios por medio de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS) del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario; ii) El mecanismo de Protección Individual dispuesto para atender las necesidades particulares de un individuo (a través de Mi Prescripción, “MiPres”); iii) Un Régimen de Exclusiones, el cual determina mediante un mecanismo técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente–PTC, aquellos servicios y tecnologías que, por cumplir con los criterios señalados en el Art. 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, no serán financiados con cargo a los recursos públicos.



sobre aspectos como: i) los contenidos del Plan de Beneficios en Salud–PBS; ii) los requisitos esenciales del cobro/recobro; iv) la llegada al país de nuevos desarrollos tecnológicos; y, v) los desarrollos jurisprudenciales respecto a la integralidad del derecho a la salud. Todo esto ha generado que en el sistema se mantengan deudas registradas o no aclaradas ya que las EABPS e IPS consideran que, al haber prestado los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC tienen derecho al pago. En consecuencia, utilizan procesos administrativos y judiciales para obtener el reconocimiento indexado y con intereses, lo que genera una mayor presión en el gasto.

En este sentido, Minsalud, en coordinación con Minhacienda y el Departamento Nacional de Planeación, puso en marcha el diseño del acuerdo de punto final. Éste comprende estrategias para: lograr de manera progresiva la conciliación y el saneamiento de la cartera entre los agentes del sistema de salud del orden nacional y territorial; la generación del flujo necesario para pagar las deudas asociadas a los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC; lograr cambios en las prácticas financieras del sector; promover el gasto eficiente; obtener una mayor estabilidad para los actores del SGSSS y prevenir una nueva acumulación de cuentas sin conciliar.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

En el marco de lo anterior se ha avanzado así:

- Se determinó el monto de la posible deuda nacional a partir de cruces de información con las EPS con mayores acreencias.
- Se definieron, identificaron, valoraron y clasificaron las posibles deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiada con la UPC, reconocible y no reconocibles.
- Se definieron los instrumentos legales necesarios para el saneamiento en el actual Plan Nacional de Desarrollo.
- Se desarrollaron mecanismos financieros para pagar y administrar la deuda Nacional (reglas de cofinanciación y operación para el pago de la deuda Nacional y cofinanciar la deuda territorial).



- Se trabajó en la definición de las metas, rutas y políticas requeridas para la racionalización de gasto eficiente y la optimización en el uso de los recursos a través de los cuales se garantiza el aseguramiento en salud y la consecuente prestación eficiente de los servicios de salud.

Producto de las labores adelantadas y para efectos de desarrollar las políticas públicas del acuerdo de punto final, se incluyeron las siguientes estrategias en la Ley del PND:

- En los artículos 237 y 238 se contemplaron las medidas de reconocimiento y pago de obligaciones por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC para generar liquidez para las EAPBS y entidades prestadoras, así como la implementación de estrategias conjuntas que permitan cambiar la manera de reconocer los servicios y tecnologías no financiados con la UPC. En el artículo 238 se habilitaron fuentes para el pago de las deudas territoriales.
- A través del Art. 231 se estableció que la Nación asumirá la competencia frente al pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC del Régimen Subsidiado que se generen a partir del 1º de enero de 2020, como estrategia para evitar que las entidades territoriales continúen acumulando deudas asociadas a dicho concepto y así centren sus esfuerzos en lograr el saneamiento de la deuda acumulada de años anteriores.
- En el Art. 233 se estableció la distribución de los recursos del SGP incrementando el monto definido para la financiación el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- En el Art. 242 se contemplaron nuevas medidas de control del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Adicionalmente, se conformó un grupo de expertos y una ruta para el diseño del acuerdo de punto final y se estableció el cronograma de trabajo para la materialización de lo contenido en la Ley del Plan

**Identificaremos, valoraremos
y pagaremos deudas**
del gobierno y departamentos con las **EPS, IPS,
hospitales** y otros prestadores de salud.

Arrancó
el **PUNTO**
final.

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

- Con corte a 2019, los pagos realizados ascienden a S1,2 billones en el sector, lo cual incluye el saldo de la liquidación de la extinta EPS Caprecom, la glosa transversal y la actualización del pago previo.



La salud
es de todos

Minsalud

Arrancó
el **PUNTO
final.**

**EPS, IPS y hospitales
están recibiendo recursos**

que garantizarán la continuidad y el
mejoramiento de la atención en salud.



La salud
es de todos

Minsalud

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

- El Decreto para el Régimen Subsidiado fue firmado con 6 departamentos (Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Boyacá, Nariño y Caldas) y un distrito (Barranquilla). Estas entidades territoriales se encuentran listas para realizar su esfuerzo propio y recibir la concurrencia financiera de la Nación.
- Se proyectó el borrador del Decreto para el Régimen Contributivo, publicado para comentarios.

**Retos
en Salud
2020**

Avanzar en la
**implementación del
Acuerdo de Punto Final,**
que inyectará recursos por más de
7 billones de pesos
en el régimen contributivo y subsidiado.

La salud
es de todos
Minsalud

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

Además, en 2019 se avanzó en el esfuerzo de liquidez sectorial desde la Administradora de Recursos de la Salud (ADRES); los incrementos en giros frente al año anterior son del orden del 11% en recursos generales, 6% en el Régimen Contributivo, 14% en el Régimen Subsidiado y 33% en recobros.



Actualización del mecanismo de protección colectiva y la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

En materia de la protección colectiva, años atrás se avanzó en la unificación de los planes de beneficios del sistema²⁰. Sin distinción de clases, todos pueden acceder a un mismo plan de beneficios en salud que se mantiene al día con los avances científicos a nivel mundial. Durante el 2019 se mantuvieron los esfuerzos para garantizar los recursos necesarios que dan continuidad y sostenibilidad a la igualación del plan de beneficios así como a la actualización y ampliación del mismo.

Por mandato de la Ley 1438 de 2011, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –o PBSUPC– correspondiente para la vigencia 2019 se había actualizado integralmente el año inmediatamente anterior (Res. 5857 de 2018), ampliándose mediante la **inclusión** de 60 principios activos para la atención de 19 condiciones de salud y realizándose aclaraciones para 34 procedimientos.

Por su parte, la UPC se fundamenta en el estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste para su cálculo. Es el instrumento técnico esencial para verificar el equilibrio en la asignación de los recursos disponibles al aseguramiento en salud y cubrir adecuadamente la prestación de los servicios y tecnologías que conforman el Plan de Beneficios. El estudio aporta a dos de las grandes metas del sistema: el mejoramiento del estado de salud de la población y los desenlaces clínicos individuales y la sostenibilidad. Lo hace en virtud de los análisis de cada uno de los regímenes de afiliación de manera independiente, en términos de fuentes de financiación, costos, según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos. El MSPS, con base en la información recolectada por los diferentes actores en salud, calcula más de 150 primas de aseguramiento colectivo, con valores diferenciales por zona geográfica, grupos de edad, sexo y teniendo distinciones preferenciales para los niños menores de un año, adultos mayores de 70 y mujeres entre los 19 y 44 años, en virtud de un mayor riesgo para estas poblaciones.

A la par del Plan de Beneficios actualizado para 2019, la UPC para esa vigencia contó con un incremento de 5,31 por ciento para el régimen contributivo y **9,40% para el régimen subsidiado** en comparación con el año inmediatamente anterior. Como resultado del incremento, la UPC del régimen contributivo pasó de \$804.463,20 en 2018 a \$847.180,80 en 2019. Además, se reconoció una prima adicional de 10 por ciento a 363 municipios catalogados en zonas dispersas y una de 9,86% adicional para 32 ciudades. En el caso del régimen subsidiado, la UPC pasó de \$719.690,40 en 2018 a \$787.327,20 en 2019 y se reconoció una prima adicional de 11,47% para los 363 municipios catalogados como zonas dispersas y una del 15% para 32 ciudades. A San Andrés, Providencia y Santa Catalina se le asignó una prima adicional del 37,9 por ciento. Además, se avanzó en la igualación de la prima pura (sin tener en cuenta los gastos de administración) del régimen contributivo y el subsidiado. Con lo anterior y en el mismo camino de unificar los regímenes de salud en el marco de las sentencias de la Corte Constitucional, **el valor de la prima pura del régimen**

²⁰ 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 buena parte de los esfuerzos de años anteriores se centraron en la unificación y actualización de estos planes. En este sentido, varias normas expedidas permitieron la unificación total del plan en materia de beneficios. Hoy, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.



subsidiado pasó a ser equivalente al 95% de la del contributivo. Hasta el año inmediatamente anterior, esta relación era de 91,45%.

Más recientemente, con la Resolución 3512 de 2019 **se actualizaron nuevamente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC como mecanismo de protección colectiva** y se establecieron los servicios y tecnologías de salud que deberán ser garantizados en el año 2020 por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por tal normatividad. A su vez, la **Resolución 3513 de 2019** definió un **incremento de la prima del 5,36%** a partir del año 2020, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Para el caso del contributivo, la UPC pasa de \$847.180,80 a \$892.591,20 y se reconoce una prima adicional de 10 por ciento a los 363 municipios catalogados en zonas dispersas, del 9,86% para 32 ciudades y distritos. A San Andrés y Providencia se le reconoce una adición del 37,9% en ambos regímenes. En el régimen subsidiado la UPC pasa de \$787.327,20 a 829.526,40; se otorga un incremento adicional de 11,47% para los 363 municipios ubicados en zonas geográficamente dispersas, del 15% para 32 ciudades y distritos y se reconoce un incremento del 4,81% a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas-EPSI.

Por primera vez hay un porcentaje de esta UPC destinado exclusivamente a cumplir progresivamente con las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco de la Resolución 3280 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS.

En materia de **telemedicina**, se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en la Resolución 3512, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutivez en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina establecidos en la **Resolución 2654 de 2019** (o la norma que la modifique o sustituya).

Además, con la Resolución 3512 de 2019, sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías de salud de tal acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiados con cargo a la UPC, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC, señalados en el Art. 154 de la Ley 1450 de 2011 y el Art. 15 de la Ley Estatutaria de Salud
6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al Art. 9 de la Ley 1751 de 2015.



7. Tecnologías y servicios excluidos explicita mente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 330 de 2017.

Exclusiones

Este es un mecanismo 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 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.

La LES estableció en su Art.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:

- tengan como propósito un fin cosmético o suntuario;
- carezcan de evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica;
- no estén autorizados por las entidades competentes en el país;
- estén en fase de experimentación; y
- tengan que ser prestados en el exterior.

El mecanismo de exclusión debe constar en un Procedimiento Técnico-Científico (PTC), de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En las vigencias anteriores y de manera posterior a la realización de talleres para la elaboración de este mecanismo con la participación de pacientes usuarios y comunidad médica, el MSPS –mediante la Resolución 330– concretó el procedimiento para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por los motivos expuestos anteriormente.

Como se dicta en esa 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 es de unos ocho meses una vez cerrada la convocatoria. El mecanismo goza de total transparencia e involucra a todos los actores del sistema de salud. 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 desarrolla sesiones técnico-científicas de expertos y consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía para el procedimiento de exclusiones

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>



Con la **Resolución 244 de 2019** y en aplicación de la Resolución 330, se definió un listado de 57 servicios y tecnologías que están excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. Este listado incluye, 14 exclusiones producto del último proceso y las 43 establecidas en el anterior.

Sostenibilidad financiera del SGSSS

Los desarrollos al respecto incluyen:

- La **Ley 1949 de 2019** que **fortalece la capacidad institucional de la Supersalud en materia de sanciones, redefine** algunas de las **competencias de la entidad** y le **da mayores herramientas para ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control (IVC)**.

Antes, la multa más alta impuesta a quien violaba un derecho en salud era de 2.500 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). En la actualidad, la Superintendencia puede imponer multas de hasta 8.000 SMLMV a entidades y hasta por 2.000 SMLMV a personas naturales. La Superintendencia también podrá sancionar hasta con 3.000 SMLMV, de manera sucesiva, a una entidad que se niegue a cumplir una de sus órdenes. Estas multas también se le podrán imponer personas naturales se nieguen a cumplir una orden de la Superintendencia o que con sus acciones violen el derecho en salud de los colombianos.

La Supersalud podrá imponer sanciones a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria. Los representantes legales y revisores fiscales podrán ser removidos de sus cargos por la Superintendencia cuando hayan ejecutado, autorizado o tolerado con dolo o culpa grave conductas que violan el régimen del sistema. Estas personas podrán ser inhabilitadas hasta por quince (15) años para ejercer cargos en el sistema de salud privado y público. Entre las conductas que son sancionables se encuentran: impedir u obstaculizar la atención de urgencias, incumplir con los beneficios que tienen derecho los afiliados, en especial lo relacionado con medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que están financiados en el plan de beneficios con cargo a la UPC. Cuando se compruebe que un vigilado cometió una infracción por culpa de otra entidad vigilada, la Supersalud incluirá a estas últimas en la investigación administrativa.

Además, se mantiene la facultad de la Superintendencia para revocar total o parcialmente la autorización de funcionamiento de una entidad vigilada, la suspensión del certificado de autorización y el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios.

Se amplía a cinco (5) años la facultad para que la Superintendencia imponga sanciones, con lo que se evita que un hecho prescriba sin que la entidad haya podido completar el proceso administrativo. La Supersalud también podrá conocer y fallar en derecho, con las facultades propias de un juez, cuando haya demandas por cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos financiados en el plan de beneficios financiados con cargo a la UPC, cuando su negativa por parte de las EPS (o entidades que se les asimilan) ponga en riesgo o amenace la salud del paciente.



- **Depuración de EPS deficientes.** Fueron liquidadas las EPS Comfacor, Cruz Blanca, Emdisalud y Saludvida y se realizaron revocatorias parciales en algunos departamentos para las EPS Comparta, Coomeva y Medimas. Los afiliados de estas EPS (2.596.867) fueron reasignados según Decreto 1424 de 2019 a cerca de 20 EPS receptoras.
- Aprobación de la **Ley 1966 de 2019** por medio de la cual se adoptan medidas para la **gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud**. Busca mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas de los agentes del sector; así mismo introduce decisiones de operación de la prestación de servicios y mecanismos de asignación de recursos para el aseguramiento por desempeño, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector, que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud.
- Incremento en la **libertad de elección** de los afiliados a través del **Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)**. Entre 2018 y 2019, se efectuaron **1.737.011** traslados de EPS de manera electrónica y en línea, a través de la página www.miseguridadsocial.gov.co, con un incremento de más del 225% en promedio durante la vigencia 2019.

El SAT fue creado por el Decreto 2353 (más conocido como “Decreto de Afiliación”). Posteriormente, mediante Resolución 768 de 2018 se adoptaron las condiciones de implementación. Es una medida fundamental para el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS. Consta de 9 módulos (identificación de personas, registro de aportantes, traslados, novedades de afiliación, novedades laborales, movilidad entre regímenes, traslados masivos, novedades en regímenes especiales y de excepción y acreditación de derechos) los cuales han entrado en producción de manera paulatina. Es un avance tecnológico fundamental, un sistema transaccional que refleja –en forma dinámica– los movimientos de los afiliados en el SGSSS, lo que permite disminuir las inconsistencias y duplicidades.

Como parte de esta implementación del sistema, se proyectó la inclusión de la funcionalidad del Sistema General de Riesgos Laborales dentro del SAT, para facilitar la interoperabilidad del Sistema de Seguridad Social Integral. Además, se avanzó en la estructuración del Sistema Único de Información de las Incapacidades en Colombia para identificar, entre otras prioridades, las prestaciones económicas a cargo de cada Sistema de la Seguridad Social y tener una clara diferenciación de los pagos que se deben hacer por este concepto en enfermedad general o enfermedad laboral. También se rediseñó la estructura para el transporte de la información y acceso a la Plataforma de Integración del Sistema de Información (PISIS) para la recepción de datos provenientes de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), relacionada con la cobertura de la población afiliada y la siniestralidad por entidad territorial. Además, se avanzó en la identificación de los casos de multifiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y dar solución a las inconsistencias detectadas.



La salud es de todos

Minsalud



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



- **Introducción de los Valores Máximos de Recobros (VMR)** para reducir la variación en los precios recobrados ante la ADRES por medicamentos por fuera de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Esta medida busca hacer más eficiente el gasto público, para que cada vez más los recursos de la salud se destinen a que los colombianos tengan un mayor acceso y calidad en estos servicios, base fundamental de la equidad. Los VMR permiten tener transparencia y trazabilidad para controlar las conductas de las EPS en el cobro de los servicios o medicamentos que se reciben por fuera del plan de beneficios con cargo a la UPC. Son fundamentales para la no repetición de deudas en el sector salud y mejoran el actuar de las EPS. La decisión aplica para EPS, IPS y las demás instituciones recobrantes que suministren a sus afiliados medicamentos y servicios que no están financiados por la UPC, los cuales se entregan a través de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES y se cobran a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Mediante las Resoluciones 1019 y 3078 de 2019 se fijaron valores máximos de cobro y recobro que pueden solicitar las entidades ante el Gobierno Nacional por los medicamentos y las tecnologías en salud que no están financiados por la UPC. Previamente se había definido una metodología (a través de las Resoluciones 243 y 738 de 2019) y con ello se aplicó una fórmula técnica y justa a los montos máximos que cobran las EPS e IPS por grupos terapéuticos relevantes. Anteriormente, **había gran dispersión** por los valores que, por ejemplo, las EPS cobraban al sistema de salud por un mismo medicamento administrado a un paciente. Cerca de 1.600 medicamentos hacen parte de un primer conjunto. Dentro de este grupo están los que se emplean para controlar el colesterol, antigripales y analgésicos. A finales del año anterior, mediante Resolución 3514 de 2019 se actualizaron los VMR para la vigencia 2020.

Se calcula un **ahorro del 20% en 2020, frente al valor recobrado en 2019.**

Los
Valores Máximos de Recobro...

Eliminan abusos en los recobros al Estado por servicios y medicamentos entregados por fuera de la UPC.

Optimizan el uso de los recursos de la salud de todos los colombianos.

Hacen sostenible el sistema de salud.

Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)



- **Presupuestos máximos**

En cumplimiento del Art. 240 de la ley del PND, se avanzó en una propuesta de **transformación de los recobros** (por servicios por fuera de la UPC) por pagos prospectivos, o sea **presupuestos máximos** o "techos" que llevarán al sector por la senda de cumplimiento de la Ley Estatutaria y de los fallos de la Corte Constitucional. Así, los Presupuestos Máximos significan una de las mayores transformaciones del sistema de salud en la última década. Las EPS mediante el mecanismo de recobros gestionaban ante el sistema de salud el pago de los servicios prestados y medicamentos entregados no financiados por la UPC. Estos recobros venían creciendo de manera acelerada en los últimos años. Solo en 2019, el sistema de salud pago más de \$4,5 billones por este concepto.

El Ministerio ahora entregará un presupuesto máximo a las EPS el cual se transferirá mensualmente junto con la UPC para el cubrimiento y contratación de todos los servicios y medicamentos que requieren los colombianos. Las EPS serán las encargadas de gestionar y administrar los recursos para servicios y medicamentos no financiados con cargo a la UPC. Constituyen una gran oportunidad para que las EPS puedan contratar y garantizar a los ciudadanos todos los servicios y tecnologías que requieren generando eficiencia y control de gasto.

Desde marzo de 2020, se empiezan a transferir los montos de Presupuestos Máximos, los recobros solo quedarán para medicamentos clasificados por el INVIMA como vitales no disponibles para los medicamentos adquiridos a través de compras centralizadas y para los que requieran las personas diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana en 2020.

Para ello, Minsalud realiza un ejercicio técnico basado en información histórica de los recobros, de las frecuencias de uso los servicios y tecnologías en salud que han sido entregados a los habitantes de Colombia, fija un factor de crecimiento y que establece los Presupuestos Máximos (hoy Resoluciones 205 y 206 de 2020).

Por su parte, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), implementará un sistema de seguimiento a la ejecución de los recursos transferidos a las EPS por concepto de Presupuestos Máximos para garantizar la suficiencia de los recursos y con ello la prestación de los servicios de salud a los colombianos.

Con esta medida, junto con los VMR, el Gobierno Nacional evita la repetición de las deudas y avanza en la implementación de la Ley Estatutaria que determinó que la salud es un derecho fundamental de todos los colombianos y que su acceso no debe depender de la fuente de financiación.

- **Alistamiento para la recentralización en la Nación de los servicios y tecnologías por fuera de la UPC en el Régimen Subsidiado y MIPRES**

Teniendo en cuenta que la Ley 1955 de 2019 del PND centraliza la competencia verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado en la Nación a partir del año 2020, la implementación de la herramienta de prescripción "MIPRES" permite estandarizar procesos al interior de las EPS, IPS y proveedores. Esto con el fin de que las



prestaciones realizadas sean reconocidas a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud–ADRES una vez iniciada la vigencia 2020.

La implementación de "MIPRES" cambió el modelo de gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, al eliminar el proceso para su autorización ante el Comité Técnico Científico–CTC. Lo anterior se ha traducido en una disminución de los tiempos de entrega de estos servicios y tecnologías.

Tabla 3. Estadísticas MIPRES hasta Dic. 2019

Total de prescripciones	16.297.684	Pacientes	3.965.143	Promedio de prescripción por paciente	4,11
Régimen Contributivo–RC (desde Dic.16)	15.106.892	Pacientes RC	3.398.699	Promedio de prescripción por paciente RC	4,44
Régimen Subsidiado–RS (desde Oct.18)	1.190.792	Pacientes RS	566.444	Promedio de prescripción por paciente RS	2,10
Medicamentos	16.279.403	RC	15.328.288	RS	951.115
Procedimientos	1.238.746		1.159.149		79.597
Dispositivos médicos	48.518		48.128		390
Productos nutricionales	934.675		773.300		161.375
Servicios complementarios	598.283		464.554		133.729

Fuente: MSPS. OTIC

Para la implementación de esta herramienta en el régimen subsidiado se ha desarrollado una estrategia de asistencia técnica para el fortalecimiento de las capacidades en las entidades territoriales. Así, se brindó asistencia para la definición del proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro derivadas de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, con el fin de mejorar el proceso de auditoría para que, a través de reglas claras de operación e implementación, se generen los pagos a los prestadores y se eliminen las barreras que se traducen en demoras en el suministro de estos servicios y tecnologías.

Adicionalmente, a través de capacitación se unificó el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, eliminando brechas regionales. Desde octubre de 2019, se logró el 100% en la adopción de la herramienta por parte de las entidades territoriales, es decir que se ha implementado en los 32 departamentos y 4 distritos: Bogotá, D.C., Barranquilla, Buenaventura, Cartagena y Santa Marta.

- **Profundización y fortalecimiento de la Política Farmacéutica**

Teniendo en cuenta que el control de precios es una herramienta legítima del Estado para mejorar el acceso, fomentar mejores resultados en salud y avanzar en equidad, años atrás el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos–CNPMDM implementaron los controles de precios que han buscado realizar una contención del gasto en medicamentos, especialmente en aquellos que más impactan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través del mecanismo de recobro. Incluye una metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos en Colombia y, a partir de una serie de criterios de concentración, nivel de precios y participación en el mercado, decide la incorporación o no de un medicamento al régimen de



control directo. Esta metodología establece los precios de regulación en el punto mayorista de la cadena de suministro, sin distinción de canal de comercialización, es decir, institucional y comercial. A partir de ello se regularon miles de medicamentos, los cuales presentaron reducciones promedio del orden de 50% de su precio, lo que ha significado ahorros para el SGSSS calculados en cerca de billón de pesos anuales, los cuales pueden reinvertirse en la salud de los habitantes de Colombia.

En particular, en 2018 se realizaron dos procesos regulatorios en los que se incorporaron al régimen de control directo cerca de 900 presentaciones comerciales, estimando ahorros de \$360 mil millones, a través de la Circular 7 de 2018²¹ y la Circular 8 de 2018²².

En 2019 se avanzó en la regulación de más mercados relevantes (hoy Circular 10 de 2020), incluyendo algunos en el canal comercial. Entra en vigencia el 28 de marzo de 2020. El ahorro estimado de esta regulación es de **\$320 mil millones** y una disminución promedio del precio del **49%**. El ahorro calculado incluye un ajuste del índice de precios al consumidor para medicamentos que fueron regulados en el pasado, buscando un equilibrio que implica reconocer que el costo de vida ha subido y, por lo tanto, regulaciones de años anteriores debían ser ajustadas.

La nueva regulación incluye **770 presentaciones comerciales** de fármacos para tratamientos como: diabetes, enfermedades respiratorias, óseas, oncológicos, desordenes metabólicos, afecciones cardiacas, oftalmológicos y urológicos, que se vendían en el país por encima de los precios de referencia internacional. La selección de medicamentos que entran a control de precios se hace analizando la información reportada al Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SIMED, las solicitudes de cobro o recobro hechas a la ADRES y medicamentos nuevos que no han sido regulados.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

²¹ Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones"

²² "Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018"



La salud
es de todos

Minsalud

En algunos casos, de acuerdo con la nueva regulación, los precios que paga el sistema de salud por estos medicamentos se reducirán hasta en 84%. Aunque la regulación se orienta a puntos mayoristas, los colombianos podrían beneficiarse al acudir a las farmacias. Por eso se insiste en la autorregulación que debe tener la industria farmacéutica al fijar precios en Colombia, para que genere mayor acceso y equidad. En la lista aparecen los medicamentos de la mayor tecnología para el cáncer y otras enfermedades de alto costo, huérfanas y degenerativas, entre otros, que suelen ser los más costosos para el sistema. Está por ejemplo el Spinraza/Nusinersen, considerado como uno de los más costosos del mundo y que se usa para tratar la atrofia muscular espinal (AME) progresiva –una enfermedad rara–. Su precio promedio en Colombia era de \$346,6 millones por dosis y ahora no podrá venderse a más de 256 millones de pesos/dosis. Otros ejemplos son los antidepresivos como el Effexor, que pasa de \$40.975 a \$2.903; o el Harmetone, para patologías gástricas, que pasa de \$33.792 a \$3.146. Por primera vez se incluyeron al control de precios 4 medicamentos indispensables e irremplazables para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente, no disponibles en el país o con cantidades que no son suficientes; tres (3) para enfermedades huérfanas y uno (1) para cáncer.

A la fecha se han sometido a control de precios cerca de 2.487 presentaciones comerciales de medicamentos que en 2020 generarán ahorros de \$1,2 billones.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

También se avanzó en una nueva metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos, se expidió la guía de comparabilidad para biosimilares y se dio continuidad a las compras centralizadas de medicamentos. Las compras centralizadas de medicamentos contra la hepatitis generaron ahorros al sistema de salud por \$82.061 millones en 2019, lo que se suma a los ahorros por \$39.206 millones generados con la orden de compra de 2018, efectuada también durante el presente gobierno.

Finalmente, en materia de sostenibilidad financiera del Sistema:

- Se tuvieron algunos avances en el desarrollo de los subsidios (o contribuciones) parciales en el aseguramiento, en cumplimiento del Art. 242 de la ley del Plan Nacional de Desarrollo.
- Se avanzó en la estructuración de dos (2) créditos con la banca multilateral (BID y Banco Mundial) por US\$150 millones cada uno, por primera vez atados a resultados sectoriales en mejoramiento de la calidad y sostenibilidad financiera. Incluyen el compromiso de recursos de donación del orden de US\$50 millones.



VI. Otros resultados de la gestión

Planeación Estratégica

En línea con contemplado por el nuevo PND 2018-2022 para el sector salud, con la orientación del Comité Sectorial de Gestión y Desempeño y el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales-OAPES del Ministerio, considerando la normativa en materia de planeación estratégica, se configuró y emprendió la construcción de la plataforma estratégica.

Así, durante el primer semestre de 2019 se planteó y ejecutó una metodología, pasos e instrumentos para la correspondiente elaboración, entre otros:

- Diagnóstico institucional: toma como referencia encuestas a cliente interno, externo y entrevistas semiestructuradas a directivos. Esto con miras a la definición de una matriz FODA y los elementos estratégicos;
- Talleres de planeación (tipo Metaplán): mecanismo participativo orientado a validar la FODA e identificar otros factores;
- Alineación y coherencia institucional: relación de la misión, visión y objetivos con otros elementos de referencia como las estrategias contempladas en el nuevo PND, los objetivos transformacionales y compromisos de la unidad de cumplimiento pactados con la Presidencia de la República, proyectos de inversión vigentes, etc.
- Socialización de la plataforma y elementos estratégicos: misión, visión y objetivos estratégicos;
- Elaboración del documento final de planeación estratégica, así como su validación y adopción en el marco del Comité institucional de Gestión y Desempeño;
- Apropiación del plan estratégico: lanzamiento de la plataforma en diferentes instancias y medios (internet, intranet).

Así, la consolidación de la plataforma estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social ha sido un ejercicio eminentemente participativo, promovido desde la Alta Dirección en cabeza del Despacho del Ministro y con el liderazgo a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Es producto de múltiples aportes e ideas de la comunidad Minsalud, así como de consultas a los grupos de valor del Ministerio, como secretarías de salud, prestadores de servicios, aseguradores, diferentes organizaciones públicas y privadas; y en general, actores y usuarios del sistema.

El cronograma asociado a la construcción del respectivo documento contempló actividades durante 2019. En un primer momento, y una vez aprobada la metodología, se procedió a realizar un levantamiento actual del contexto de la organización, para ello a través de encuestas virtuales respondidas por cerca de 300 colaboradores al interior de la entidad y aproximadamente 100 usuarios, se procedió a efectuar una tabulación de información, obteniéndose alrededor de 6.000 registros (cantidad de respuestas), las cuales –junto a las entrevistas semiestructuradas efectuadas a directivos– permitieron la estructuración de la matriz FODA a nivel institucional, la cual fue complementada con los resultados consolidados de las tipologías objeto de las PQRS



Con la información consolidada y a través de talleres (tipo Metaplán), se establece una propuesta de misión, visión y objetivos estratégicos, los cuales, aparte de incorporar los resultados de la FODA institucional, incluye los lineamientos definidos por el Despacho del Ministro, así como por el nuevo PND.

Una vez elaborada la propuesta de plataforma estratégica, se presentó el resultado al interior de la entidad, con el fin de conocer las apreciaciones de los servidores y colaboradores de la entidad al respecto, y se realizó el lanzamiento oficial. En este escenario, el documento de propuesta de plataforma fue enviado de manera virtual al interior de la entidad a través de medios electrónicos del Ministerio, situación que permitió la participación de todos los colaboradores en la consolidación de esta valiosa carta de navegación del cuatrienio:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plataforma-estrategica-2018-2022.pdf>

Igualmente, se logró la construcción y aprobación del Plan Estratégico del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La Agenda 2030²³ propende por la protección de los derechos, la igualdad de oportunidades y la inclusión social, que en términos de política pública están directamente relacionadas con la apuesta política del sector por alcanzar mayor equidad en salud. Dentro de los aspectos a resaltar de la Agenda se encuentra el compromiso de los Estados por la generación de sinergias entre los diferentes actores involucrados en la implementación de ésta, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, de manera sostenible, de las personas.

Esta premisa es considerada desde el sector salud como un eje que impulse la ruptura del paradigma con el que se liga la salud en país, como el conjunto de prestaciones de servicios al paciente (o la ausencia de enfermedad).

Este escenario –en el que se desarrolla no solo la ejecución de la Agenda 2030 sino la implementación del Plan Decenal de Salud Pública– busca llevar el entendimiento de la salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como de su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condiciones esenciales para la vida.

La apuesta por la ruptura de este paradigma es bien representada en el CONPES 3918²⁴ de 2018 (el cual define los lineamientos para la implementación de los ODS en Colombia y establece la base para el sistema de seguimiento), al ampliar el marco de acción de las entidades del orden nacional frente al cumplimiento de las metas ODS a través de la estrategia de reconocimiento de entidades líderes y acompañantes.

²³ En septiembre de 2015, más de 150 jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en la histórica Cumbre del Desarrollo Sostenible en la que aprobaron la Agenda 2030. Para más detalles sobre esta Agenda y los ODS, se sugiere consultar los siguientes enlaces: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>; y, <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

²⁴ Documento CONPES 3918 de 2018 “Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Colombia” (Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>).



Por su parte, la OAPES apoya la definición y seguimiento de indicadores y metas del Ministerio en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible–ODS a 2030, incorporando dimensiones del desarrollo sostenible, económico, social y ambiental.

El proceso de adopción de los 17 objetivos y las 169 metas ODS se realiza a través de la implementación del CONPES 3918 del 2018, identificando productos, estrategias, metas, indicadores y fichas técnicas que responden a cada una de los objetivos y metas de la Agenda 2030. Producto de estas mesas temáticas se cuenta con 54 indicadores que responden a 17 metas, de las cuales 11 son lideradas por el sector.

Ilustración 5. Metas ODS lideradas y acompañadas por el Ministerio de Salud y Protección Social

LIDER

ACOMPAÑANTE



Fuente: MSPS. Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

En marzo de 2019 se realizó el primer reporte de los indicadores, teniendo como resultado preliminar:

- Cumplimiento anticipado de metas intermedias de 10 indicadores, dentro de los que se resalta: disminución en la tasa de mortalidad por desnutrición, mortalidad neonatal y mortalidad infantil; y el aumento en la cobertura de vacunación.
- 7 metas intermedias de indicadores con dificultad de cumplimiento, dentro de los que se encuentran el aumento de la letalidad por dengue, la tasa de mortalidad por VIH SIDA, el aumento de tasa de mortalidad por algunas enfermedades crónicas como lesiones autoinflingidas y mortalidad prematura por cáncer.
- 11 metas intermedias con indicadores con posibilidad de cumplimiento dentro de las que se resaltan: la disminución de la razón de mortalidad materna, y la tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares.
- 20 indicadores tienen como fuente encuestas.
- 6 indicadores faltan por reporte de información.

Por otro lado, y en el marco del cumplimiento del CONPES, el Ministerio elaboró un plan de trabajo por cada uno de las metas que lidera y acompaña, obteniendo el siguiente resultado:



- De las 11 metas que lidera el Sector, 10 cuentan con plan de trabajo formulado y actualizado (armonizado al PND 2018–2022). Solo falta por realizar el ejercicio la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres a cargo de la meta “3.D-Mejorar los sistemas de alerta temprana para los riesgos a la salud mundial”.
- De las 20 metas que acompaña el sector, 12 cuentan con plan de trabajo formulado y actualizado (armonizado al PND 2018–2022); las 8 metas restantes, que responden al ODS 6, 12 y 13, bajo la responsabilidad de la Dirección de Promoción y Prevención y la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres se encuentran en proceso de formulación.

Implementación del Acuerdo de Paz

De conformidad con lo estipulado en el Acuerdo Final, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene compromisos derivados de cuatro (4) puntos: Reforma Rural Integral (punto 1), Fin del Conflicto (punto 3), Solución al problema de las drogas (punto 4) y Víctimas (punto 5) y ha formulado lineamientos y directrices con el fin de dar respuesta a cada uno de los compromisos derivados del Acuerdo Final.

Una vez formulado el Plan Nacional de Salud Rural–PNSR, su adopción se realiza en coordinación con la Alta Consejería para la Estabilización y Consolidación de la Presidencia de la República.

Para hacer seguimiento a los indicadores que den cuenta del cumplimiento de los compromisos de este Ministerio en los cuatro puntos del Acuerdo mencionados, se coordina el reporte periódico en el Sistema Integrado de Información para el Posconflicto (SIIPO), liderado por el DAFP y el DNP y creado con el fin de contribuir a la transparencia y facilitar el seguimiento y verificación del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo Final (PMI). En este marco, se cuenta con 32 indicadores que responden a las obligaciones del Ministerio derivadas del mismo. Este sistema cuenta con fichas técnicas de cada indicador registradas en la plataforma.

Adicionalmente y de acuerdo con los parámetros definidos en el Sistema de Rendición de Cuentas de la Implementación del Acuerdo de Paz (SIRCAP), se elabora el informe de rendición de cuentas frente al cumplimiento de los compromisos del sector salud frente a la implementación del Acuerdo Final de Paz; además de coordina los ejercicios adicionales de rendición de cuentas implementados por la Contraloría General de la República y el Ministerio de Hacienda, así como de la focalización de recursos a través del trazador presupuestal²⁵ de Paz.

El MSPS es acompañante en el proceso de consecución de otras fuentes de financiación para el cumplimiento de los compromisos, como lo es el ajuste del mecanismo de Obras por Impuestos y la adquisición del apoyo económico que la Unión Europa realizará para el cumplimiento de lo pactado.

A continuación, se presentan los principales logros obtenidos durante la vigencia 2019 en materia de implementación del Acuerdo Final de Paz:

²⁵ El Gobierno Nacional realiza un esfuerzo para visibilizar los recursos de las políticas a través de unos trazadores presupuestales según los artículos 219, 220 y 221 de la Ley del PND vigente. De esta manera, las entidades públicas del orden nacional según sus competencias deben identificar un marcador presupuestal especial para minorías étnicas (comunidades negras, afros, raizales, palenqueros y Rrom) y pueblos indígenas, para el Acuerdo de Paz y para la equidad de la mujer.



- A 31 de diciembre, 32 departamentos cuentan con los planes de acción de Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual tiene como objetivo acercar el Ministerio de Salud y Protección Social a las regiones. Frente a la meta nacional, a la fecha 20 departamentos han cumplido con esta meta (22%), a saber: Quindío, Guaviare, Caldas, Nariño, Atlántico, Risaralda, Putumayo, Meta, San Andrés, Santander, Chocó, Sucre, Arauca, Amazonas, Caquetá, Cauca, Vaupés, Cesar y Huila.
- El Ministerio, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS, durante la vigencia 2019 realizó asesoría y asistencia técnica a las 45 iniciativas–proyectos presentados por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), departamentales y distritales, con municipios PDET.
- En 2019, el Ministerio realizó la transferencia de \$45.470,9 millones a 45 proyectos que han tenido como objeto la adquisición de ambulancias, dotación y/o el mejoramiento de infraestructura de los hospitales de 37 municipios priorizados por el Plan Nacional de Salud Rural; de estos recursos, \$31.913,9 millones corresponden a 35 proyectos que benefician a 29 municipios PDET para dotación e infraestructura.
- Durante la vigencia 2019 se ejecutaron 35 proyectos de infraestructura en salud, dotación biomédica, mixtos y de transporte, en 29 municipios del PNSR ubicados en 11 departamentos. De estos, 29 proyectos corresponden a 26 municipios PDET ubicados en 11 departamentos.
- De acuerdo con lo consignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de salud–REPS, a 31 de diciembre de 2019 se contaba con 69 sedes de prestadores de servicios de salud (públicas) que ofertaban 431 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 69 municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural.
- Durante el 2019, el 67% de las IPS habilitadas en municipios del PNSR cumplió con el reporte de indicadores de calidad del Sistema de Información para la Calidad. Los departamentos con municipios priorizados en el PNSR que tuvieron un cumplimiento bajo (debajo del agregado nacional) fueron los departamentos de: Vaupés, Córdoba, Bolívar, Sucre, Amazonas, San Andrés y Providencia, Meta, Vichada, Chocó y Guainía.
- Adopción de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, mediante Resolución 089 de 16 de enero de 2019. Bajo esta adopción se realizó lo siguiente:
 - Lanzamientos Regionales de la Política en los que participaron el 48,48% (16) de Departamentos y el Distrito Capital. Los departamentos con planes de acción primera fase fueron: Caldas, Antioquia, Quindío, Boyacá, Huila, Cauca, Valle del Cauca, Atlántico, Bolívar, La Guajira, Magdalena, Sucre, Bogotá, Cundinamarca, Guaviare y Meta.
 - Protocolización del Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas.
- De acuerdo con el Punto 5 sobre Víctimas del Conflicto–Rehabilitación psicosocial, el Ministerio lidera la coordinación interinstitucional para la formulación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición (PNR), 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, así:



- 280.170 personas atendidas a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.
- Durante la vigencia se atendiendo tres (3) sujetos de reparación colectiva:
 - ✓ Sujeto de Reparación Colectiva La Gaitana, Comunidad Nasa, departamento de Caquetá, correspondientes a 69 personas atendidas, con el apoyo de Blumont.
 - ✓ Sujeto de Reparación Colectiva Honduras, Comunidad Embera, departamento de Caquetá, correspondientes a 177 personas atendidas, con el apoyo de Blumont.
 - ✓ Sujeto de Reparación Colectiva Comité de Víctimas del 2 de mayo de Bojayá, departamento de Chocó, correspondientes a 560 personas atendidas.
- Articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición: La Unidad para las Víctimas, el MSPS y la Unidad Nacional de Búsqueda de Personas dadas por desaparecidas (UBPD) han adelantado la estructuración de la Ruta de Articulación Interinstitucional, con el fin establecer los canales de derivación a la atención psicosocial y gestión en salud de las víctimas que participan del proceso de búsqueda y localización de personas dadas por desaparecidas a razón del conflicto armado que se encuentren con vida y, en los casos de fallecimiento, recuperación, identificación y entrega digna de cuerpos.
- **Proyecto Salud para la Paz:** Con el objetivo de desarrollar capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud, el MSPS de la mano con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han adelantado el proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades. En una primera fase, por USD\$2 millones, que culminó en el segundo semestre de 2019, de logró el fortalecimiento institucional y jornadas extramurales. Su segunda fase, por valor de USD\$1.835.869, ha iniciado su ejecución en octubre de 2019 en el mismo ámbito geográfico, añadiendo el municipio de Patía (Cauca) con lo que se llegó a un total de 26 municipios, 25 de los cuales son PDET. El proyecto contempla intervenciones en tres ejes, que impactan más de 100 iniciativas PDET.

Finalmente, en materia de reincorporación, se avanzó en lo siguiente:

- \$4.714,6 millones transferidos a 21 Empresas Sociales del Estado que cubren 24 municipios con antiguos ETCR en 2019: San José de Guaviare/Colinas, San José de Guaviare, Charras, Remedios, Arauquita, Tibú, Buenos Aires, Vistahermosa, La Macarena, Mesetas, Patía, Puerto Asís, Tumaco, Dabeiba, Miranda, Caldonó, Anorí, La Montañita, San Vicente del Caguán, La Paz, Riosucio, Fonseca, Ituango, Icononzo y Planadas.
- Con corte a 31 de diciembre de 2019, se dieron más de 11.740 atenciones y 553 evacuaciones a través del Esquema de Salud en los antiguos ETCR.
- 12.256 personas en proceso de reincorporación fueron afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.



Unidad de cumplimiento del MSPS: Objetivos transformacionales y prioridades estratégicas

A partir de enero de 2019 el Ministerio, a través de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales–OAPES, ha adelantado acciones orientadas al fortalecimiento de los procesos de planeación y alineación estratégica, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

En este sentido y con el propósito de promover el logro oportuno y efectivo de las acciones contenidas en el PND, así como el logro de los diferentes compromisos del Ministerio frente a entes de control, pares, entidades públicas y privadas y ciudadanía en general, el Ministerio creó la Unidad de Cumplimiento del MSPS, conformada por delegados del Despacho del Ministro; el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios; el Viceministerio de Protección Social; la Secretaría General y la OAPES.

Esta Unidad de Cumplimiento articula y monitorea de forma permanente la ejecución de acciones para alcanzar objetivos, metas e indicadores formulados en los diferentes planes de trabajo a cargo del Ministerio y sus dependencias. Cabe destacar el seguimiento que se adelanta en conjunto con la Consejería para la Gestión y el Cumplimiento de la Presidencia de la República; el Sistema de Programación y Gestión de Metas–SIGOB²⁶ y el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados–SINERGIA²⁷ del DNP para el cumplimiento de unos Objetivos Transformacionales que son fines que por su alta complejidad, importancia social y transversalidad, requieren una amplia articulación intersectorial y cuentan con un seguimiento estructurado y constante por la Consejería Presidencial y representan el principal compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social para alcanzar altos estándares de calidad y responder de forma efectiva a las necesidades de la población colombiana.

En este contexto, en 2019 la Unidad de Cumplimiento del Ministerio realizó seguimiento a los siguientes Objetivos Transformacionales:

- **Fortalecimiento hospitalares:** Los datos preliminares muestran que el **índice de desempeño global de los hospitales públicos del país pasó de 56,18 a 75,1**, alcanzando prácticamente la meta para 2019 (77,26). Por su parte, el porcentaje de avance del cumplimiento del plan de trabajo firmado con los departamentos en el marco del MAITE alcanzó el 49%, superando la meta esperada para 2019 (25%).
- **Ahorro en gastos de recobro:** El ahorro por acciones de la política farmacéutica **alcanzó 440 mil millones de pesos**, superando la meta planteada para 2019 (\$200 mil millones). Además, el ahorro al SGSSS por los VMR en el régimen contributivo alcanzó \$47,6 mil millones de pesos, superando la meta prevista para 2019 (\$20 mil millones).
- **Disminución de la deuda de las EPS:** Los datos preliminares indican que el porcentaje de cuentas por pagad de las entidades territoriales por tecnologías no financiadas con cargo a la UPS llegó a 7,8%, alcanzando gran parte de la meta para 2019 (10%), a través de los mecanismos financieros definidos por el acuerdo de punto final.

²⁶ El SIGOB, o Sistema de Información y Gestión para la Gobernabilidad, es una herramienta que el proyecto regional RLA del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) dispuso a la Presidencia de la República de Colombia y tiene por objetivo fortalecer las capacidades institucionales de gestión, para generar o mantener las condiciones de gobernabilidad democrática.

²⁷ El Sistema de Seguimiento SINERGIA obedece a lo dispuesto por el Título 7 de la Parte 2 del Decreto 1082 de 2015 (o Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional). Para mayores detalles sobre SINERGIA-Seguimiento, ver: <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#HomeSeguimiento>



Finalmente, ante el volumen y complejidad de los procesos que desarrolla el MSPS, se avanza en fortalecer la cultura de seguimiento, monitoreo y evaluación que permita a los diferentes niveles organizacionales una visión integral de los retos del Ministerio; el acceso a información pertinente, oportuna y actualizada y que contribuya a la toma de decisiones.

Kit de Planeación Territorial (KPT) en salud

En coordinación con el DNP, el Viceministerio de Salud y las dependencias del Ministerio, la OAPES lideró la elaboración del documento denominado KPT. Este documento contiene información clave en materia de salud y lineamientos estratégicos que orientan la formulación del Plan Territorial en Salud (PTS), siendo un insumo adicional para los nuevos mandatarios locales (alcaldes y gobernadores) en su proceso de construcción de Planes de Desarrollo Territorial (PDT).

Ver: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/kpts-msps-2019.pdf>

Estudios, evaluación de políticas públicas en salud y gestión del conocimiento

El sector salud ha fortalecido su capacidad institucional para tomar decisiones de política pública basada en evidencia; como parte de este proceso, se coordina, apoya metodológicamente y elabora estudios, investigaciones y evaluaciones de políticas públicas en salud con el fin de aportar elementos de juicio para la toma de decisiones. En este contexto, se ha participado en evaluaciones del sector salud de forma articulada con el Departamento Nacional de Planeación (DNP); adicionalmente desarrolla acciones transversales de divulgación y gestión de conocimiento.

A continuación, se relacionan los productos generados en este último año²⁸:

Estudios Sectoriales en Salud: La información aportada por los estudios desarrollados permite generar evidencias para soportar la toma de decisiones en materia de política pública en salud, que contribuyen al ejercicio de las competencias del Ministerio como ente rector del SGSSS.

En 2019, se adelantaron estudios en las siguientes temáticas:

- Incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos en Colombia
- Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS
- Salud Rural (en desarrollo)

²⁸ El Grupo cuenta con las líneas de trabajo: Estudios Sectoriales, Evaluaciones de Política Pública e Inteligencia Estratégica, a las que se suma un componente de Divulgación y Gestión del Conocimiento.

Los productos relacionados se encuentran disponibles para consulta pública a través del enlace: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-y-evaluaciones-sectoriales.aspx>



La información relacionada con los estudios sectoriales en salud puede consultarse en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-sectoriales.aspx>

Evaluaciones de política pública en salud. En las evaluaciones de política pública se realizan investigaciones sistemáticas y objetivas aplicadas en alguno de los diferentes eslabones de la cadena de valor (procesos, productos, resultados, impactos), que tienen como finalidad generar evidencia que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución, el monitoreo y seguimiento y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos (intervenciones públicas) del Gobierno Nacional²⁹.

Se adelantaron evaluaciones en las siguientes temáticas (algunas de ellas en coordinación con el DNP):

- Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI- Fase I
- Acompañamiento al Diseño de la Evaluación de Resultados de la Política Pública Nacional De Discapacidad (PPDIS) que permita generar recomendaciones para fortalecer sus acciones / DNP
- Evaluación Integral Sistema General de Seguridad Social en Salud (Art. 2, Ley 1438 de 2011) (en ejecución)
- Acompañamiento a la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (2022 – 2031) (en ejecución)
- Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI- Fase II (en ejecución)
- Acompañamiento a la Evaluación de Resultados de la Política Pública Nacional De Discapacidad (PPDIS) que permita generar recomendaciones para fortalecer sus acciones / DNP – (en ejecución)
- Acompañamiento a la Evaluación institucional de las estrategias implementadas por las diferentes entidades y actores que hacen presencia en La Guajira; y una evaluación de la modalidad “1.000 días para cambiar el mundo” que permita medir los resultados generados en la población beneficiaria / DNP (en ejecución)

Las evaluaciones realizadas por el MSPS y ya finalizadas se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/evaluacion-de-politica-publica.aspx>

Inteligencia estratégica. En esta línea de trabajo se avanzó en la elaboración de resúmenes de política (*Policy Brief*) en temas como:

- Elementos para pensar una reforma integral a la salud pública en Colombia
- Obesidad infantil: una amenaza silenciosa
- Que no le cueste la vida: Use casco certificado

Para más detalles, se puede consultar el enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/inteligencia-estrategica.aspx>

Divulgación y Gestión del Conocimiento. Se han establecido estrategias para la difusión de los hallazgos y el conocimiento desarrollado por múltiples autores de diferentes ámbitos –entre ellos el académico y el

²⁹ Ver Decreto 1082 de 2015. Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional.

estatal– respecto a la política pública en salud, y que han sido denominadas “Diálogos en Salud” y “Papeles en Salud”.

“**Diálogos en Salud**” es un escenario de discusión y socialización de estudios, investigaciones y evaluaciones del sector salud bajo la modalidad de seminario, el cual busca incentivar el debate a través de la interacción entre los investigadores y los participantes, además de difundir conocimiento, promover la cultura de la toma de decisiones basada en la evidencia; se realiza cada mes, con duración de un par de horas, la agenda inicia generalmente en febrero y finaliza en noviembre de cada año. Su divulgación se realiza a través de los diferentes medios de comunicación institucionales (salvapantallas, protector de pantalla, correo interno) y a nivel externo por las redes sociales como Twitter y Facebook.

Este espacio está abierto a la participación de funcionarios del Ministerio, así como de personas externas (miembros de la academia, asociaciones, gremios, investigadores, fundaciones, etc.) que tengan especial interés en conocer o dar a conocer investigaciones, estudios y/o evaluaciones de relevancia para el sector salud.

En 2019 se realizaron 10 seminarios y desarrollaron distintas temáticas. El material completo de los seminarios puede ser consultado en:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/divulgacion.aspx>

Por su parte, “**Papeles en Salud**” es una serie de documentos técnicos (*working papers*), relacionados con política pública en salud, que se publica trimestralmente e invita a los funcionarios del Ministerio y a la comunidad en general a presentar sus investigaciones y estudios.

En los últimos meses se finalizaron los siguientes documentos:

- Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia
- Cambios en la Planeación Territorial en Salud: Estudio de Caso en 4 DTS
- Minería de texto para el análisis de los Planes Territoriales de Salud
- Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS

A la fecha se cuenta con 20 publicaciones y que corresponden a distintos temas en salud. Estas publicaciones pueden ser consultadas en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/pensemos-en-salud-publicaciones-de-la-serie.aspx>

Modelo Integrado de Planeación y Gestión

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión–MIPG (Decreto 1499 de 2017) busca fortalecer la medición del desempeño de la Administración Pública y se adopta en la entidad bajo la Resolución 2363 de 2018, donde define las instancias y funciones para su implementación y evaluación; entre esas instancias está la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales como representante del Ministerio de Salud y Protección Social para liderar la implementación del modelo.

El Modelo es operado por 7 dimensiones y 17 Políticas que de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

A partir del resultado del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) proporcionado por el Departamento Administrativo de la Función Pública se mide el cumplimiento de los requerimientos de las Políticas de Gestión y Desempeño de cada una de las Dimensiones del Modelo. Es así que para la vigencia 2019 se tuvo un resultado global para el sector salud de 71,6% y para el Ministerio de Salud y Protección Social de 76,2%.

El Ministerio, en cada una de sus dimensiones presenta los siguientes resultados: a) Talento Humano: 71,7; b) Direccionamiento Estratégico y Planeación: 66,5; c) Gestión con Valores para Resultados: 77,1; d) Evaluaciones de Resultados: 77,2; e) Información y Comunicación: 74,2; f) Gestión del Conocimiento y la Innovación: 76,1; y, g) Control Interno: 75,1. Dichos resultados han sido presentados ante los Comités Sectorial e Institucional, teniendo prevista la formulación de los planes de mejoramiento correspondientes.

Así mismo se definió una metodología que permitirá mejorar el puntaje obtenido en el FURAG para 2019, que consiste en un trabajo colaborativo entre los líderes de las diferentes políticas, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y su Grupo de Desarrollo Organizacional.

Adicionalmente, se acompaña a las entidades adscritas al Sector Salud y Protección Social, con el propósito de continuar implementando y mejorando el MIPG. Además, se cuenta con un árbol de navegación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permite describir gráficamente las interacciones entre las dimensiones, políticas y componentes del modelo. Así mismo, se cuenta con una relación –alta, media, baja o sin relación- frente a los requisitos establecidos en otras normas como la ISO 9001:2015.

La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, como líder de las políticas de Planeación Institucional, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Gestión del Conocimiento y la Innovación, entre otras participaciones, encamina acciones de implementación y mantenimiento definidas en el Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del MIPG / Sistema Integrado de Gestión del año 2020.

Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión (FURAG)

La medición de la gestión y desempeño institucional, realizada a través de la aplicación del FURAG, definido por el DAFP, permite evaluar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG. Desde la OAPES se ha articulado el levantamiento de la información con todas las dependencias para reportar en el aplicativo FURAG, las acciones realizadas frente a las políticas de gestión y desempeño institucional contempladas en el MIPG.

Con el fin de mejorar la calificación del FURAG obtenida de la vigencia 2018, durante el 2019 se llevó a cabo un análisis de resultados de la calificación obtenida, estableciéndose así un plan de mejoramiento. Igualmente ha sido estructurada una metodología para la consolidación de las respuestas y evidencia objetiva para el FURAG de la vigencia 2019, actualmente en ejecución.



Sistema integrado de gestión

El MSPS en el marco de la Resolución 2363 de 2018, ha mantenido su **Sistema Integrado de Gestión** como una herramienta sistemática y transparente constituida por el conjunto de instancias, políticas, estrategias, metodologías, principios, normas, procedimientos y mecanismos para la gestión de los diferentes procesos de esta entidad en procura de fortalecer el desempeño institucional para el logro de la misión y objetivos que le han sido encomendados. Este trabajo incluye que el MIPG del Ministerio integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, se articula con el Sistema de Control Interno y se complementa con los demás sistemas de gestión del ministerio como lo son el de Seguridad de la Información (liderado por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones), Seguridad y Salud en el Trabajo (liderado por la Subdirección de Gestión del Talento Humano) y de Gestión Ambiental (liderado por la Subdirección Administrativa y apoyado por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y su Grupo de Desarrollo Organizacional).

Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos: El mapa de procesos del Ministerio contiene 27 procesos, 113 procedimientos, que son soportados por información documentada como manuales, guías, documentos soporte y formatos que en su totalidad suman alrededor de 1.300 documentos. El Sistema de Gestión de la Calidad está diseñado e implementado de forma amigable y hacia a los servidores públicos de la entidad, sus usuarios y partes interesadas. Dichos documentos se actualizan de acuerdo con las necesidades de las dependencias o requerimientos de diseño, los cuales están controlados y disponibles para su uso en la página Web y SaludNet (intranet) del Ministerio. De otra parte, el Sistema de Gestión de la Calidad ha sido objeto de auditorías internas y externas durante cada vigencia, logrando certificarse y recertificarse en la versión ISO 9001:2015.

Sistema de Gestión Ambiental: Se está consolidando el Sistema de Gestión Ambiental en conjunto con las Subdirección Administrativa y la Subdirección de Gestión de Operaciones, con fines de certificación, que según los resultados del autodiagnóstico frente al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015, arrojó un avance del 21%, quedando pendientes las siguientes actividades: a) consolidación documental del sistema de gestión ambiental; b) diseño e implementación de estrategias de cultura ambiental; y, c) realización de un ciclo de auditorías internas. En 2020 se espera avanzar en la implementación de este sistema.

Para más detalles, ver:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/procesos-procedimientos-sigi.aspx>

Administración de riesgos y oportunidades

Se tienen documentado el mapa de riesgos institucionales para cada uno de los procesos establecidos. Con el establecimiento del MIPG, el Modelo Estándar de Control Interno–MECI, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y las normas aplicables a estos sistemas de gestión. Se tienen identificados y administrados 64 riesgos (con sus respectivas acciones de mejoramiento frente a los controles y planes de contingencia), entre los cuales se tienen 45 riesgos de gestión de procesos, 13 de corrupción y 6 riesgos estratégicos de acuerdo a lo identificado en la FODA del Contexto Estratégico contenido en la Plataforma Estratégica 2018–2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.



Adicionalmente, se realiza análisis del contexto interno y externo, la definición de la política de riesgo, la actualización de la guía metodológica y el monitoreo de los riesgos de gestión y corrupción, el cual se aplica de manera trimestral. También se consolida el Mapa de riesgos institucional y se dispone en los canales de comunicación establecidos.

Transparencia

En marco del cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, se ha trabajado en la implementación de sus requerimientos y de los criterios establecidos en la normatividad vigente. Con la implementación de la Ley de transparencia, se adelanta la articulación de los requerimientos de la Ley con otros planes y programas:

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Servicio al Ciudadano
- Estrategia Anti trámites
- Gestión de Calidad
- Estrategia Gobierno Digital
- Sistema Electrónico de Contratación Pública
- Iniciativa de Datos Abiertos
- Ley de Archivos –Programa de Gestión Documental
- Instrumentos de Gestión de la Información Pública.

Se mantiene actualizado el sitio web de la página de transparencia con los contenidos mínimos requeridos por la Ley (ver: <https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/transparencia-acceso-informacion.aspx>)

Además, se realiza seguimiento a la información publicada en la página web, mes a mes, de acuerdo a los parámetros establecidos en el Índice de Transparencia y Acceso a la Información–ITA.

Por otra parte, en Comité Sectorial de Gestión y Desempeño, se construyó un plan de transparencia sectorial junto con las entidades del sector y el acompañamiento de las Oficinas Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, Control Interno y Control Interno Disciplinario del Ministerio, en línea con las orientaciones de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. El plan abarca 5 subcomponentes: i) Política de Administración de Riesgos; ii) Mapas de Riesgos; iii) Transparencia Sectorial; iv) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; v) Gestión Disciplinaria, el cual se estableció con actividades, productos, responsables (o gestores) y términos.

Se plantearon hitos o contenidos de Política de Administración de Riesgos Sectorial de manera concertada con las entidades adscritas y se estableció la Política de Administración de Riesgos Institucionales que abarca el manejo de los riesgos asociados a los procesos definidos por la entidad, en el marco del MIPG, que incluye: los riesgos estratégicos, gestión, corrupción y seguridad de la información.

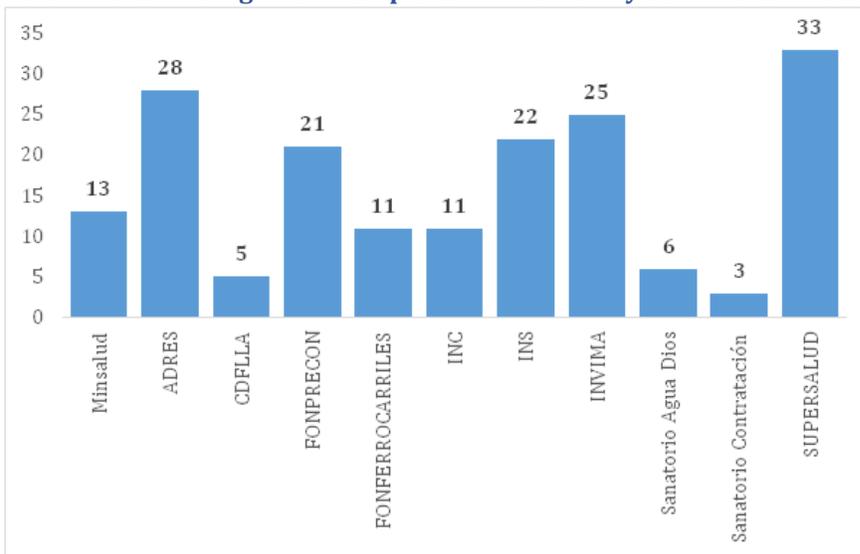
El proceso para la identificación de los riesgos contempló 5 pasos: i) Adaptar metodología de riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP; ii) Planteamiento de una iniciativa de plan; iii) Socialización de la metodología y el instrumento con las entidades de sector; iv) Documentación de riesgos del sector; y, v) Establecimiento y aprobación de estrategias.

Bajo esta metodología, en el Ministerio se identificaron 13 riesgos de corrupción, entendidos como “la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo públicos hacia un bien



privado”. Para el total del sector se identificaron 178 riesgos de corrupción. Por la naturaleza de las entidades y el nivel de esfuerzo en identificar este tipo de riesgos, la Supersalud ha sido la entidad que mayor número de riesgos de corrupción ha identificado con 33 riesgos; le siguen la ADRES (28 riesgos), el INVIMA (25), el INS (22) y FONPRECON (21).

Ilustración 6. Riesgos de corrupción. Sector Salud y Protección Social



Fuente: Minsalud-OAPES y Grupo de Desarrollo Organizacional

Es preciso aclarar que las entidades que aquí presentan un número mayor de riesgos que otras, no implica que sean las más corruptas; lo que se evidencia es que a través de sus sistemas de gestión y las funciones que cumplen, hacen que se deba acatar las orientaciones del Gobierno Nacional a través del DAFP, mediante la identificación de todos los posibles riesgos, así como diseñar controles para los mismos, con el fin de evitar su materialización.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Para dar cumplimiento a lo establecido en el marco de la Ley 1712 de 2014, el Decreto 124 de 2016 y demás normas, se realizó la gestión para la formulación, consolidación y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (en la página Web del Ministerio) a más tardar el 31 de enero de cada año. Esto en los componentes de: a) gestión del riesgo de corrupción–mapa de riesgos de corrupción; b) racionalización de trámites; c) rendición de cuentas; d) mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; y, e) mecanismos para la transparencia y el acceso a la información, previa consulta pública e interna y externa. Para ello, se desarrollaron actividades de orientación metodológica, construcción del documento, recopilación de actividades, la consulta ciudadana e interna, ajustes y finalmente publicación en la página Web del Ministerio (disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/plan-anticorrupcion-atencion-ciudadano.aspx>).

Adicionalmente, se han realizado las actualizaciones del caso con seguimiento cuatrimestral por parte de la Oficina de Control Interno.



Gestión administrativa y financiera

El Ministerio cuenta con una gestión administrativa y financiera que se refleja en el incremento constante de los niveles de ejecución presupuestal de los recursos apropiados a través del Presupuesto General de la Nación (PGN) para la vigencia 2019, alcanzando valores cercanos al cien por ciento y posicionando a la entidad en los primeros lugares del ranking de ejecución de las entidades del nivel central. Este logro 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 cada cien (\$100) pesos que fueron autorizados al sector, se ejecutaron (comprometieron) más de noventa y nueve pesos, con un **porcentaje de ejecución del 99,7%**³⁰. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social, incluidas sus dos unidades ejecutoras (Gestión General y la Unidad Administrativa Especial-Fondo Nacional de Estupefacientes) **cerró con un indicador de 99,9%**. En el Anexo 1 se resume el presupuesto y la ejecución del sector. Adicionalmente, en el Anexo 2 se expone la ejecución de los recursos de inversión. Estos hechos, además, generan el compromiso para que en la vigencia 2020, el sector salud se mantenga como referente de buena gestión para el resto que componen el nivel nacional.

Lo anterior, en el marco de una **gestión fiscalmente responsable**, como se corrobora tras cinco años continuos de **fenecimiento de la Cuenta Fiscal por parte de la Contraloría General de la República (CGR)**. En esta última ocasión, se logró el fenecimiento producto de la auditoría que realizó la CGR durante el año 2019, a la vigencia 2018.

Tabla 4. Fenecimiento de la cuenta fiscal del MSPS

Opinión contable	Opinión presupuestal
Sin salvedades	Razonable
Resultado: FENECE	

Fuente: Elaboración propia con base en el Informe de Auditoría Financiera de la CGR comunicado mediante oficio CGR 2019EE0063966 y radicado en Minsalud con el 201942300841792, el 30-May./19

A pesar de este buen resultado, la entidad procede a elaborar y ajustar un Plan de Mejoramiento, con acciones y metas de tipo correctivo y/o preventivo dirigidas a subsanar algunos hallazgos administrativos, **ninguno de connotación fiscal**.

Por otra parte, se institucionalizó una **política de fortalecimiento administrativo sectorial**, para que las entidades del sector administrativo gestionen la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de sus requerimientos de naturaleza administrativa desde una visión que supere el contexto institucional. Así, se avanzó en el desarrollo de acciones puntuales de integración en temas de:

- i) Contratación pública a través de una apuesta de fortalecimiento del poder de demanda a partir de contrataciones conjuntas de bienes y servicios;
- ii) Respuesta oportuna a las demandas ciudadanas política y modelo de atención al ciudadano sectorial. Centro Web Especializado de Servicios para el sector administrativo, consolidación de los

³⁰ Para más información de la ejecución del presupuesto, igualmente se pueden consultar los siguientes enlaces:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-ejecucion-presupuestal-sector-salud-dic2019.pdf>
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/Seguimiento-al-presupuesto-sector-salud.aspx>



- aplicativos móviles para la radicación de PQRS y la estructuración y puesta en operación de un gestor documental único sectorial;
- iii) Masificación del Programa de Entorno Laboral Saludable mediante la garantía de su financiamiento como proyecto de inversión; y,
- iv) Evaluación de esquemas de gestión administrativa para la generación de buenas prácticas y la replicación de experiencias exitosas.

Se consolidó el **Programa Entorno Laboral Saludable** con alcance a todos los trabajadores del Ministerio, tanto personal de planta y contratistas y cuenta con las siguientes líneas de trabajo:

- i) Gestión de estímulos, incentivos y reconocimientos;
- ii) Ministerio en familia; iji) Capacitación y formación; iv) Sistema de información para la planeación y gestión del talento humano, v) Hábitos saludables; vi) Seguridad y salud en el trabajo; y, vi) Planeta saludable.

Se logró el mejoramiento de las instalaciones del Ministerio y de las condiciones de salud y seguridad en el trabajo. Estos resultados se obtuvieron producto de las siguientes acciones:

- i) Modernización de los 5 ascensores del Ministerio, con una inversión de S2.704 millones: cuentan con certificación de seguridad y calidad para el transporte vertical;
- ii) Reforzamiento de la totalidad de las ventanas del edificio sede; y, iii) Cambio de la iluminación fluorescente y habilitación de 52 nuevos puestos de trabajo.

La actualización de la **infraestructura tecnológica** del Ministerio, permitiendo que se disponga de manera oportuna y segura de la Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud que administra el Ministerio:

- i) Data Center, aumentando la capacidad de almacenamiento y procesamiento de datos;
- ii) Cumplimiento de los estándares internacionales en materia de direccionamiento de datos, mediante la actualización de IPV4 a IPV6;
- iii) Actualización de equipos de la sala de crisis de vigilancia epidemiológica del país-CNE; y,
- iv) Migración del aplicativo de enfermedades críticas de Dexon a Aranda, lo que implica una mayor calidad en el manejo de la información y ahorros de \$92 millones anuales.

Organización documental y de correspondencia para una gestión eficiente y transparente, que se evidencia en la aprobación por parte de la Archivo General de la Nación de las tablas de retención documental (TRD), la eliminación de 2.242 cajas de la serie documental "Tutelas" correspondiente a los años 1999 a 2013, la actualización de las herramientas normativas en materia archivísticas y la masificación del uso de la herramienta CERTIMAIL, el cual permite a través del sistema ORFEO el envío digital de correspondencia por correo electrónico, con validez jurídica y probatoria.

Finalmente, y como se señaló en las secciones anteriores, se resalta que se obtuvieron las siguientes **recertificaciones** en el Ministerio en las siguientes normas: Sistema de Gestión de Calidad-ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo-OHSAS 18001:2007, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información-ISO 27001:2013 y Sistema de Gestión de Calidad de transporte vertical (ascensores) - ISOTEC 17020 de 2012.



Retos

Visión sectorial y rectoría

- Consolidar la cobertura universal.
- Se espera que territorios como La Guajira, Chocó, Arauca, Vichada y Guaviare se beneficien primordialmente de MAITE y paulatinamente abarcar todo el territorio nacional, según los ajustes que se consideren necesarios para articular los lineamientos en materia de atención integral.
- Avanzar en los criterios para la conformación de las redes asistenciales territoriales con foco en el paciente y en la integralidad y continuidad de su atención
- Avanzar en la revisión de los subsidios a la oferta y de los modelos especiales de salud para zonas rurales y rurales dispersas.
- Mejorar la alineación normativa del SGSSS con la Ley Estatutaria en Salud, en especial en cuanto al derecho a la salud, el plan de beneficios y su financiamiento.
- Continuar avanzando en la unificación del régimen contributivo y subsidiado.
- Revisar las competencias de IVC para las Secretarías Departamentales de Salud, en especial, frente al funcionamiento del aseguramiento y el cumplimiento en el flujo financiero en su territorio
- Avanzar en la regulación de la integración vertical en el marco del SGSSS
- Incentivar la transparencia para evitar la corrupción en el sector.

Calidad

- Continuar con el fortalecimiento hospital público y mejorar sus esquemas de gobierno (Juntas Directivas y Gerencias).
- Ampliación del aplicativo AiHospital Contigo en el territorio nacional y seguimiento a 4 nuevas intervenciones: tamizaje de cáncer de cuello, tamizaje de anemia, valoración de salud bucal y valoración integral.
- Avanzar en la elaboración de los manuales de acreditación para de IPS de baja complejidad y para EPS.
- Elección del nuevo Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Avanzar en la reglamentación del modelo de interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica.
- Avanzar en la implementación de la factura electrónica en el sector salud que es una oportunidad de transformar el sector, armonizando procesos, contar con soportes de las transacciones entre agentes del sector y facilitar el seguimiento a través de la trazabilidad de las facturas.
- Profundizar la implementación de la Telesalud y la Telemedicina en el país.
- Avanzar, con la Cuenta de Alto Costo, en la aplicación del mecanismo de ajuste ex post en los cánceres priorizados, según prevalencias así como por gestión, resultados y cuidado del paciente por parte de las EPS.
- Avanzar en modelos como el de “pre-tutelas” en ciudades como Bogotá.



- Avanzar en el proceso continuo de mejora para que los ciudadanos conozcan y se empoderen de la información para hacer respetar sus derechos en el Sistema y de igual manera mejorar su funcionamiento al cumplir a cabalidad sus deberes.
- Diseñar a partir de la Asistencia Técnica y en respuesta al Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS 2016-2021) un modelo de Plan Padrino para los territorios, el cual potencialice el aprendizaje conjunto hacia niveles de calidad superior y reduzca las debilidades.
- Fortalecer la identificación de problemáticas que apoyen la gestión de los principales riesgos en calidad y que orienten la priorización de acciones del Modelo de Asistencia Técnica en materia de calidad desde el Ministerio hacia las Secretarías de Salud en concordancia con el MAITE.
- Disponer de las fuentes de información que faciliten la toma de decisiones y fortalezcan la Gestión del Conocimiento para el mejoramiento continuo de la calidad de manera sistemática en los territorios.
- Caracterizar los territorios conforme a los desarrollos en Asistencia Técnica que permitan visibilizar modelos y priorizar intervenciones.
- Avanzar en la actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC). El 44% (25 de 56) de las GPC publicadas en el portal de GPC, desde el año 2013 y 2014 requieren actualización o revisión para iniciar dicho proceso de actualización.
- Avanzar en el desarrollo y actualización de GPC con instituciones reconocidas a nivel Nacional, como el INC, que tiene interés, apoyo financiero y humano para lograrlo.
- Avanzar en la adopción de GPC internacionales de organismos como la OPS y OMS, los cuales desarrollan GPC de alta calidad, sobre todo en temas de enfermedades tropicales.
- Aplicar la **Encuesta de satisfacción de los servicios que las EPS que ofrecen a sus afiliados** tanto del régimen contributivo, como del régimen subsidiado, con la introducción de nuevas variables que amplíen los resultados tanto de la Encuesta como del Ranking de las EPS que se elabora a partir de dicha encuesta.
- Publicación del Ranking de EPS 2020, previa aprobación del despacho de Ministro.
- Elaboración del índice de calidad que permita un tablero estratégico de seguimiento a resultados de calidad para los actores del SGSSS y para los territorios.
- Elaborar los lineamientos frente a los tiempos de espera máximos (o estándares) para los diferentes servicios de salud, con el propósito de lograr disminuir los tiempos de espera elevados (principal causa de insatisfacción por parte de los ciudadanos).
- Continuar el Modelo de Asistencia Técnica hacia estándares superiores de calidad, dirigido a entidades territoriales en salud.
- En el 2020, iniciar la actualización de la Resolución 256 de 2016, en lo que tiene que ver con la selección de un nuevo set de indicadores, así como ajustes de fondo en la norma, en lo referente a la medición de la calidad a las subsedes de las IPS y a los trabajadores independientes.
- Llevar a cabo la actualización de la norma marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, con énfasis en el enfoque territorial, gobernanza, humanización y enfoque diferencial. Así mismo darle un carácter sectorial que involucre activamente las disposiciones del gobierno central y las articule con las Direcciones Territoriales, aseguradores, prestadores de servicios de salud y las personas.
- Definir el mecanismo de incentivos de calidad y pago por resultados en salud del que trata el artículo 241 de la Ley 1955 de 2018 del Plan Nacional de Desarrollo.
- Diseñar e implementar la política pública que permita la generación de redes virtuales de conocimiento en el país, congregando y permitiendo la actualización y divulgación continua de información pertinente a los diferentes profesionales y personal de la salud, así como las instituciones.



Salud pública

- La pandemia de enfermedad COVID-19 por el nuevo coronavirus (2019-nCov o SARS-CoV-2) es el reto más grande que ha tenido que enfrentar el país, con lo que el plan de respuesta se logrará ejecutar siempre de manera articulada con todos los actores de salud, otros sectores, gobiernos locales y por supuesto con el compromiso y disciplina de toda la comunidad.
- Avanzar en la ejecución de la IREM en los 10 municipios intervenidos.
- Ejecución del plan para la prevención del suicido con acciones intersectoriales, priorizando los departamentos con mayores tasas.
- Mayores esfuerzos para cumplir con el aumento en la edad de inicio de consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas ilícitas, en el marco de lo propuesto por el PDSP para el 2021.
- Mayores esfuerzos en afiliación, atención y derechos en salud de la población migrante.
- Avanzar intersectorialmente en la Ruta de Atención Integral para Personas Expuestas al Asbesto.
- Avanzar en la discusión para la reglamentación de los cigarrillos electrónicos y vapeadores.
- Ampliar la capacidad a laboratorios para las pruebas de Coronavirus en regiones como Bogotá, Nariño, Valle, Atlántico, Norte de Santander y Arauca. Dar respuesta efectiva a los retos que presenta la enfermedad, entre todos los actores, la comunidad y la conducta de cada persona (corresponsabilidad y autocuidado).
- En materia de muerte digna, se tiene como reto tramitar el proyecto de ley y consultar formas de modificación a la Resolución 1216 de 2015, en torno al consentimiento sustituto (Sentencia T-721 de 2017).
- Elaboración de la Política Nacional de Dispositivos Médicos y construcción del estándar semántico para clasificación de dispositivos médicos.
- Actualización de la Política de Componentes Anatómicos y Sangre.
- Fortalecimiento de la regulación del cannabis para uso medicinal en Colombia.
- Avanzar en las acciones en el marco del Pacto por el Crecimiento del Sector Farmacéutico.

Talento Humano en Salud

- Aplicar lo reglamentado en la Ley de Residentes, a partir del inicio del segundo semestre de 2020.
- Fortalecimiento del ReTHUS e interoperabilidad con otras fuentes de información del SISPRO y demás registros de información sobre THS y su articulación con necesidades en salud territoriales, para estimar brechas de suficiencia y distribución del personal de salud en el país. Rehumanizar la práctica profesional del talento humano en salud y mejorar sus condiciones de vinculación, reconocimiento y dignificación.
- Fortalecimiento de la Medicina Familiar en Colombia, así como las competencias y resolutiveidad de los Médicos Generales, logrando concertación con el sector educativo.
- Avanzar con el Ministerio de Educación Nacional en mecanismos de convalidación alternos y temporales para profesionales de salud titulados en Venezuela, previa aprobación de un examen y ejercicio temporal en zonas de necesidad de los perfiles de salud correspondientes que defina el Gobierno Nacional.
- Avanzar en la regulación del Sistema de Formación Continua del Talento Humano del sector salud.
- Avanzar en el proyecto de ley para la expedición de un nuevo estatuto laboral de las ESE.



- Avanzar en las modificaciones al Servicio Social Obligatorio para que sea más funcional para las necesidades actual del país, así como más dignificante su práctica para los profesionales de la salud.
- Adopción del Plan Nacional de Enfermería y de los lineamientos para la organización y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios para la salud, con énfasis en el componente primario de los servicios de salud.
- Definición de incentivos para fortalecer la formación, el ejercicio y desempeño de los perfiles de THS de prioridad para el país y su equitativa distribución en el territorio nacional.

Recuperación y sostenibilidad financiera

- Avanzar en el acuerdo de punto final e inyectar recursos del orden de \$7 billones tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado
- A partir de 2020 se empiezan a transferir los montos de Presupuestos Máximos a la EPS. Los recobros solo quedarán para medicamentos clasificados por el INVIMA como vitales no disponibles para los medicamentos adquiridos a través de compras centralizadas y para los que requieran las personas diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana en 2020.
- La ADRES implementará un sistema de seguimiento a la ejecución de los recursos transferidos a las EPS por concepto de Presupuestos Máximos para garantizar la suficiencia de los recursos y con ello la prestación de los servicios de salud.
- Implementación plena de la centralización –en la Nación– de la competencia de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, reconocidas a través de la ADRES.
- Entrada en vigencia de la Circular 10 de 2020 de política de control de precios de medicamentos, el 28 de marzo de 2020.
- Avanzar en el desarrollo de los subsidios (o contribuciones) parciales en el aseguramiento, en cumplimiento del Art. 242 de la ley del PND.
- Expedición de la nueva circular de metodología de regulación de precios y otra sobre la definición de precios basados en valor.
- Realizar una nueva orden de compra de medicamentos contra la Hepatitis C (1.100 tratamientos) estimando ahorros por \$66 mil millones en el año 2020.

Otros retos de la gestión del Ministerio

- Mantener a Minsalud como referente de buena gestión e incrementar en 10 puntos el puntaje obtenido a través del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión–FURAG.



Anexo 1. Presupuesto del Sector Salud y Protección Social 2019-2020

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Cód. U. Ej.	Unidad ejecutora	Tipo gasto	Apropiación 2019	Compromisos	Obligaciones	Ejec. (Compr./Aprop.)	Ejec. (Oblig./Aprop.)	Aprop. * 2020*	Var. Aprop. 2020/2019
			A	B	C	D=B/A	E=C/A	F	G=(F-A)/A
19 01 01	Ministerio de Salud y Protección Social-Gestión General	Funcionamiento	\$ 27.716.805	\$ 27.705.447	\$ 27.636.359	100,0%	99,7%	\$ 30.035.434	8,4%
		Inversión	\$ 503.294	\$ 493.289	\$ 473.642	98,0%	94,1%	\$ 544.748	8,2%
		Total Ministerio	\$ 28.220.099	\$ 28.198.736	\$ 28.110.001	99,9%	99,6%	\$ 30.580.181	8,4%
19 01 06	Unidad Administrativa Especial Fondo Nal. de Estupefacientes	Funcionamiento	\$ 22.676	\$ 21.014	\$ 14.162	92,7%	62,5%	\$ 23.617	4,2%
		Total UAE-FNE	\$ 22.676	\$ 21.014	\$ 14.162	92,7%	62,5%	\$ 23.617	4,2%
19 01 09	Instituto Nacional de Cancerología (INC)	Funcionamiento	\$ 46.496	\$ 45.433	\$ 44.431	97,7%	95,6%	-	-100,0%
		Inversión	\$ 1.907	\$ 1.520	\$ 1.354	79,7%	71,0%	\$ 1.874	-1,7%
		Total INC	\$ 48.403	\$ 46.953	\$ 45.784	97,0%	94,6%	\$ 1.874	-96,1%
19 01 10	Sanatorio de Contratación	Funcionamiento	\$ 14.233	\$ 13.951	\$ 13.951	98,0%	98,0%	-	-100,0%
		Total Sanatorio Contratación	\$ 14.233	\$ 13.951	\$ 13.951	98,0%	98,0%	-	-100,0%
19 01 11	Sanatorio de Agua de Dios	Funcionamiento	\$ 39.731	\$ 39.256	\$ 39.187	98,8%	98,6%	-	-100,0%
		Inversión	\$ 476	\$ 475	\$ 417	99,9%	87,6%	\$ 842	77,0%
		Total Sanatorio Agua de Dios	\$ 40.207	\$ 39.732	\$ 39.604	98,8%	98,5%	\$ 842	-97,9%
19 01 12	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (CDFLLA)	Funcionamiento	\$ 3.929	\$ 3.710	\$ 3.710	94,4%	94,4%	-	-100,0%
		Total CDFLLA	\$ 3.929	\$ 3.710	\$ 3.710	94,4%	94,4%	-	-100,0%
19 03 00	Instituto Nacional de Salud (INS)	Funcionamiento	\$ 36.714	\$ 34.758	\$ 34.518	94,7%	94,0%	\$ 37.040	0,9%
		Inversión	\$ 26.309	\$ 26.104	\$ 23.348	99,2%	88,7%	\$ 26.123	-0,7%
		Total INS	\$ 63.023	\$ 60.862	\$ 57.866	96,6%	91,8%	\$ 63.163	0,2%
19 10 00	Supersalud (SNS)	Funcionamiento	\$ 89.317	\$ 83.624	\$ 82.998	93,6%	92,9%	\$ 98.716	10,5%
		Inversión	\$ 65.056	\$ 55.577	\$ 51.784	85,4%	79,6%	\$ 68.393	5,1%
		Total SNS	\$ 154.374	\$ 139.200	\$ 134.783	90,2%	87,3%	\$ 167.109	8,2%
19 12 00	Instituto Nal. de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)	Funcionamiento	\$ 123.428	\$ 105.651	\$ 105.557	85,6%	85,5%	\$ 128.531	4,1%
		Inversión	\$ 54.869	\$ 43.721	\$ 42.998	79,7%	78,4%	\$ 67.602	23,2%
		Total INVIMA	\$ 178.297	\$ 149.372	\$ 148.554	83,8%	83,3%	\$ 196.133	10,0%
19 13 01	Fondo de Previsión Social del Congreso (FONPRECON) - Pensiones	Funcionamiento	\$ 298.433	\$ 292.784	\$ 292.346	98,1%	98,0%	\$ 291.704	-2,3%
		Inversión	\$ 400	\$ 315	\$ 252	78,8%	63,0%	\$ 192	-52,1%
		Total FONPRECON - Pensiones	\$ 298.833	\$ 293.099	\$ 292.599	98,1%	97,9%	\$ 291.896	-2,3%
19 13 02	Fondo de Previsión Social del Congreso - Cesantías y Vivienda	Funcionamiento	\$ 4.087	\$ 3.960	\$ 3.960	96,9%	96,9%	\$ 4.238	3,7%
		Total FONPRECON - Cesantías y Vivienda	\$ 4.087	\$ 3.960	\$ 3.960	96,9%	96,9%	\$ 4.238	3,7%



Cód. U. Ej.	Unidad ejecutora	Tipo gasto	Apropiación 2019	Compromisos	Obligaciones	Ejec. (Compr./Aprop.)	Ejec. (Oblig./Aprop.)	Aprop. * 2020*	Var. Aprop. 2020/2019
			A	B	C	D=B/A	E=C/A	F	G=(F-A)/A
19 - 14 - 01	Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia - Salud	Funcionamiento	\$ 197.125	\$ 194.815	\$ 174.604	98,8%	88,6%	\$ 207.953	5,5%
		Inversión	\$ 2.144	\$ 2.016	\$ 521	94,0%	24,3%	\$ 1.128	-47,4%
		Total FPS FNC - Salud	\$ 199.269	\$ 196.832	\$ 175.125	98,8%	87,9%	\$ 209.081	4,9%
19 - 14 - 02	Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia - Pensiones	Funcionamiento	\$ 357.966	\$ 354.258	\$ 349.362	99,0%	97,6%	\$ 348.054	-2,8%
		Inversión	\$ 1.056	\$ 910	\$ 239	86,2%	22,7%	\$ 1.190	12,7%
		Total FPS FNC - Pensiones	\$ 359.022	\$ 355.168	\$ 349.601	98,9%	97,4%	\$ 349.244	-2,7%
Total Sector Administrativo Salud y Protección Social		Funcionamiento	\$ 28.950.940	\$ 28.898.662	\$ 28.795.145	99,8%	99,5%	\$ 31.175.286	7,7%
		Inversión	\$ 655.511	\$ 623.926	\$ 594.555	95,2%	90,7%	\$ 712.091	8,6%
		Total sector	\$ 29.606.451	\$ 29.522.588	\$ 29.389.700	99,7%	99,3%	\$ 31.887.378	7,7%

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

Notas:

* A partir de la vigencia fiscal 2020, de acuerdo con el Art. 32 de la Ley 2008 de 2019 (Ley anual del PGN para la vigencia 2020) y del respectivo Decreto de Liquidación (Decreto 2411 de 2019), los aportes de la Nación para las ESE del Nivel Nacional (a saber: INC, Sanatorios de Agua de Dios, Contratación y CDFLLA), se clasifican como una transferencia en la sección principal del sector administrativo en que se encuentran vinculadas (en este caso, en la sección 1901 Ministerio de Salud y Protección Social- unidad ejecutora 190101 Ministerio de Salud y Protección Social-Gestión General). Por ello, los valores para el funcionamiento de tales entidades registran un valor de cero (\$) a partir de 2020.

** Para más información de la ejecución del presupuesto, igualmente se pueden consultar los siguientes enlaces:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-ejecucion-presupuestal-sector-salud-dic2019.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/Seguimiento-al-presupuesto-sector-salud.aspx>

**Anexo 2. Informe de ejecución de los proyectos de inversión, vigencia 2019**

En 2019, el Sector Administrativo de Salud y Protección Social y el Ministerio de Salud y Protección Social–MSPS desarrollaron **52 proyectos de inversión por \$655.511 millones**, distribuidos de la siguiente manera:

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Entidad	No. Proyectos	Apropiación	Compromisos	Obligaciones	Ejecuc. (Compr./Aprop.) D=B/A	Ejecuc. (Oblig./Aprop.) E=C/A
		A	B	C		
Ministerio de Salud y Protección Social- Gestión General	24	\$503.294	\$493.289	\$473.642	98,0%	94,1%
Superintendencia Nacional de Salud	9	\$65.056	\$55.577	\$51.784	85,4%	79,6%
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)	3	\$54.869	\$43.721	\$42.998	79,7%	78,4%
Instituto Nacional de Salud (INS)	10	\$26.309	\$26.104	\$23.348	99,2%	88,7%
Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia – Salud	1	\$2.144	\$2.016	\$521	94,0%	24,3%
Instituto Nacional de Cancerología	2	\$1.907	\$1.520	\$1.354	79,7%	71,0%
Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia – Pensiones	1	\$1.056	\$910	\$239	86,2%	22,7%
Ministerio de Salud y Protección Social - Sanatorio de Agua de Dios	1	\$476	\$475	\$417	99,9%	87,6%
Fondo de Previsión Social del Congreso - Pensiones	1	\$400	\$315	\$252	78,8%	63,0%
Total	52	\$655.511	\$623.926	\$594.555	95,2%	90,7%

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES

En el caso del MSPS, el seguimiento que se efectúa se fundamenta en criterios de impacto y cumplimiento, evidenciables en la calidad de la información registrada para cada proyecto de inversión en el aplicativo Seguimiento a Proyectos de Inversión–SPI y en la generación de alertas tempranas que coadyuven a los directores de proyectos en la correcta toma de decisiones sobre el desempeño de los proyectos a su cargo.

En este sentido, este ejercicio de reporte se desarrolla una vez finalizado el plazo para registrar el avance al mes de diciembre de 2019 de los proyectos de inversión a cargo del MSPS.

Los indicadores de seguimiento que se analizan son los siguientes:



- **% de ejecución** = Obligación / Apropriación vigente
- **% de avance físico del producto** = % de avance de indicadores de producto ponderados con la apropiación vigente
- **% de avance de gestión** = % de avance indicadores de gestión ponderados con la apropiación vigente

Como parte de la metodología se han definido tres rangos de evaluación así:

Alto	Medio	Bajo
>= 90	>=80 y <90	<80
		

Fuente: MSPS-OAPES. Grupo de Planeación

La estructura en este informe parte de la descripción de los resultados generales de la entidad, para luego realizar un análisis a nivel de despachos y viceministerios. También alerta para resultados con una ejecución inferior al 80%, las cuales se detallan para cada dependencia.

1. Ejecución financiera de los proyectos de inversión del MPSP

El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS desarrolló **24 proyectos de inversión** por un valor de **\$503.294 millones**. Los proyectos realizados alcanzaron una ejecución financiera acumulada del **94,1%**; y, según compromisos, la ejecución de la inversión fue del **98%**:

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Apropiación inicial	Compromisos (diciembre 2019)	Ejecutado (diciembre 2019)	% Compromiso	% Ejecutado
503.294,0	493.288,5	473.642,2	98,0%	94,1%

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación con base en SIIF Nación

2. Ejecución física, financiera y de gestión por programa presupuestal

Los proyectos se encaminaron a fortalecer tres (3) líneas de acción, en términos de tres programas presupuestales, así:

- Salud Pública y Prestación de Servicios, a través de 14 proyectos, por valor de \$489.764 millones, equivalentes al 97,3% de los recursos de inversión de la vigencia;
- Fortalecimiento de la Gestión y Dirección del Sector Salud y Protección Social, mediante 6 proyectos de inversión, por \$2.980 millones, equivalentes al 0,65% del total de recursos; y, finalmente



- iii) Aseguramiento y Administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud–SGSSS, a través de 4 proyectos, por valor de \$10.550 millones, equivalentes al 2,1% de los recursos.

En el siguiente cuadro se observa que, en términos generales, existe un balance tanto en la ejecución de los recursos como en la entrega de productos por parte de los proyectos de inversión y que **la gestión realizada es del 100%**.

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Programa presupuestal	No proyectos	Recursos Inversión	Avance financiero	Avance físico del producto	Avance gestión
Salud Pública y Prestación de Servicios	14	489.764,0	94,7	94,4	100
Aseguramiento y Administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud - SGSSS	4	10.550,0	70,7	98,9	100
Fortalecimiento de la Gestión y Dirección del Sector Salud y Protección social	6	2.980,0	75,1	100,0	100
Total	24	503.294,0	94,1	94,6	100

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación, con base en SPI

El MSPS, al cierre de la vigencia 2019, realizó una ejecución financiera del 94,1% de sus recursos de inversión y a nivel de compromisos un 98%, evidenciando un incremento de 8 puntos respecto a la obtenida durante el año inmediatamente anterior, que fue del orden de 86%. Los proyectos de inversión de “FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. NACIONAL” e “IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI” presentaron el mayor porcentaje de ejecución el primero con el 100% y el segundo con el 97%.

3. Seguimiento por Despachos

3.1 Despacho del Ministro

El Despacho del Ministro, a través de las Oficinas de TIC, Calidad, Promoción Social, Gestión Territorial de Emergencias y Desastres, Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y el Grupo Comunicaciones, cuenta con 10 proyectos de inversión por valor de \$45.260 millones, de los cuales se ejecutó el 79%; según compromisos, la ejecución fue del 92%.

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Apropiación Inicial	Compromisos diciembre 2019)	Ejecutado (diciembre 2019)	% Compromiso	% Ejecutado
45.260,0	41.443,4	35.569,8	91,6%	78,6%

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación con base en SIF Nación

A continuación, se detalla el resultado por proyectos de inversión:



Dependencia	BPIN	Proyecto	Aprop. 2019	Ejecuc. 2019	% Avance Fero.	% Avance físico	% Avance gestión
Oficina de TIC	2017011000477	FORTALECIMIENTO SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	25.000.000.000	19.057.479.756	✗ 76	✓ 100	✓ 100
Oficina de Promoción Social	2018011000061	APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO NACIONAL	10.000.000.000	8.713.292.717	⚠ 87	⚠ 86	✓ 100
Grupo de Comunicaciones	2018011000035	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL NACIONAL	3.400.000.000	2.053.457.458	✗ 60	✓ 100	✓ 100
Oficina de Promoción Social	2018011000059	FORTALECIMIENTO DE LOS ACTORES PARA LA APROPIACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL EN SALUD NACIONAL	2.000.000.000	1.728.762.498	⚠ 86	✓ 92	✓ 100
Oficina de Calidad	2018011000015	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL NACIONAL	1.530.000.000	1.282.174.424	⚠ 84	✗ 71	✓ 100
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales - OAPES	2018011000208	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS, INVESTIGACIONES Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SECTORIALES Y DE LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES. NACIONAL	1.150.000.000	841.524.716	✗ 73	✓ 100	✓ 100
Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres	2018011000085	ASISTENCIA PARA INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD HACIA LA POBLACIÓN AFECTADA POR EMERGENCIAS Y DESASTRES NACIONAL	1.000.000.000	912.086.637	✓ 91	✓ 100	✓ 100
Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales	2018011000183	FORTALECIMIENTO DE LA COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES DEL SECTOR SALUD NACIONAL	500.000.000	412.844.251	⚠ 83	✓ 100	✓ 100
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales - OAPES	2018011000067	FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	480.000.000	379.121.256	✗ 79	✓ 100	✓ 100
Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres	2018011000073	IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	200.000.000	189.048.011	✓ 95	✓ 100	✓ 100
TOTAL			45.260.000.000	35.569.791.724	78,6%		

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación, con base en SPI

El proyecto de inversión “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL NACIONAL” fue el que menor desempeño tuvo al cierre de la vigencia 2019, con un cumplimiento de metas del 71% y un avance financiero del 84%.

Es preciso mencionar que los proyectos de TIC³¹, Comunicaciones y la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales OAPES a pesar de obtener un 100% de ejecución física y de gestión en la ejecución financiera quedaron por debajo del 80%, lo cual podría interpretarse como que con un menor recurso se

³¹ En el caso del proyecto de TIC, adicionalmente a las obligaciones ejecutadas en la vigencia 2019 por \$19.057,5 millones, se **obligaron \$2.677,7 millones adicionales**, correspondientes a cuentas de Dic.-2019 pagadas durante los primeros meses de 2020. Así, con unas **obligaciones totales por \$21.735,1 millones**, se calcula una ejecución de **87%** mayor a la que registra el SPI.



pueden cumplir las metas; sin embargo, estos proyectos constituyeron reservas presupuestales lo que cambia el resultado de la ejecución financiera.

3.2 Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, a través de las Direcciones de Epidemiología y Demografía, Medicamentos y Tecnologías en Salud, Promoción y Prevención, Prestación de Servicios y Atención Primaria y Desarrollo del Talento Humano en Salud, cuenta con 7 proyectos de inversión por \$446.634 millones, de los cuales se ejecutó el 96%; según compromisos, la ejecución fue del 99%.

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Apropiación inicial	Compromisos (diciembre 2019)	Ejecutado (diciembre 2019)	% Compromiso	% Ejecutado
446.634,0	442.955,4	430.008,0	99,2%	96,3%

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación con base en SIIF Nación

A continuación, se detalla el resultado por proyectos de inversión:

Dependencia	BPIN	Proyecto	Aprop. 2019	Ejecuc. 2019	% Avance Fcro.	% Avance físico	% Avance gestión
Dirección de Promoción y Prevención	2018011000202	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI NACIONAL	385.996.526.041	375.062.664.430	✓ 97	✓ 100	✓ 100
Dirección de Desarrollo del TH en Salud	2018011000239	ASISTENCIA FINANCIERA PARA PROMOVER EL PROCESO DE FORMACIÓN DE RESIDENTES QUE CURSAN ESPECIALIZACIONES PRIORITARIAS PARA LA SALUD NACIONAL	29.000.000.000	29.000.000.000	✓ 100	✗ 24	✓ 100
Dirección de Promoción y Prevención	2018011000211	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. NACIONAL	17.250.511.751	15.015.899.826	⚠ 87	✓ 97	✓ 100
Dirección de Epidemiología y Demografía	2018011000134	FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN A NIVEL NACIONAL	5.400.000.000	3.675.500.083	✗ 68	✓ 100	✓ 100
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	2018011000213	FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CONDICIONES DE INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD Y CALIDAD NACIONAL	4.950.000.000	4.192.852.187	⚠ 85	✓ 100	✓ 100
Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud	2018011000169	FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA Y REGULACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD EN COLOMBIA. NACIONAL	3.037.000.000	2.288.001.318	✗ 75	✗ 12	✓ 100
Dirección de Desarrollo del TH en Salud	2018011000221	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. NACIONAL	1.000.000.000	773.100.668	✗ 77	✓ 100	✓ 100
TOTAL			446.634.037.792	430.008.018.512	96,3%		

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación, con base en SPI

El proyecto con menor desempeño fue el de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud con un avance financiero de 75% y un avance físico del 12%, mientras que la gestión fue del 100%.



Vale la pena analizar los resultados de los proyectos de “FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN A NIVEL NACIONAL” y “FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD NACIONAL” que presentan una ejecución física y de gestión del 100%, mientras que la ejecución financiera fue del 68% y 77% respectivamente. Esto permite interpretar que existió una menor necesidad de recursos financieros para la ejecución de sus acciones.

Finalmente es necesario observar el resultado del proyecto de “ASISTENCIA FINANCIERA PARA PROMOVER EL PROCESO DE FORMACIÓN DE RESIDENTES QUE CURSAN ESPECIALIZACIONES PRIORITARIAS PARA LA SALUD NACIONAL”, el cual presenta una ejecución financiera y de gestión del 100%; sin embargo, el avance físico fue del 24%. Este resultado se debe a que el Ministerio realiza una transferencia de recursos del 100% al Fondo del ICETEX para el financiamiento de las respectivas acciones.

3.3 Viceministerio de Protección Social

El Viceministerio de Protección Social, a través de las Direcciones de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, Regulación de la Operación en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones y Financiamiento Sectorial, cuenta con 4 proyectos de inversión por valor de \$10.550 millones, de los cuales se ejecutó el 71%; según compromisos, la ejecución fue del 77%.

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Apropiación inicial	Compromisos (diciembre 2019)	Ejecutado (diciembre 2019)	% Compromiso	% Ejecutado
10.550,0	8.098,2	7.459,2	76,8%	70,7%

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación con base en SIF Nación

A continuación, se detalla el resultado por proyectos de inversión:

Dependencia	BPIN	Proyecto	Aprop. 2019	Ejecuc. 2019	% Avance Fero.	% Avance físico	% Avance gestión
Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	2018011000060	ANÁLISIS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE BENEFICIEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD. NACIONAL	3.300.000.000	1.995.764.580	✗ 60	✓ 100	✓ 100
Dirección de Financiamiento Sectorial	2018011000062	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE LOS RECURSOS DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	1.700.000.000	1.523.973.260	✓ 90	✓ 100	✓ 100
Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	2018011000065	ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN Y SU IMPACTO PRESUPUESTAL RESPECTO A LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN NACIONAL	4.000.000.000	2.745.319.186	✗ 69	✓ 97	✓ 100
Dirección de Regulación de la Operación en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones	2018011000246	FORTALECIMIENTO DE LA RECTORIA PARA EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SGSSS- NACIONAL	1.550.000.000	1.194.185.735	✗ 77	✓ 100	✓ 100
TOTAL			10.550.000.000	7.459.242.761	70,7%		

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación, con base en SPI



En los 4 proyectos de inversión se observa que tanto el resultado del avance físico como el de gestión fueron del 100%; sin embargo, lo contrario ocurre con el resultado financiero el cual para los tres proyectos estuvieron por debajo del 80% y apenas uno alcanzó el 90%.

3.4 Secretaría General

La Secretaría General, a través de las Subdirecciones de Gestión del Talento Humano, Gestión de Operaciones y el Grupo de Atención al Ciudadano, cuenta con 3 proyectos de inversión por valor de \$850 millones, de los cuales se ejecutó el 71%; según compromisos, la ejecución fue del 93%.

(Cifras no porcentuales en millones de pesos corrientes)

Apropiación inicial	Compromisos (diciembre 2019)	Ejecutado (diciembre 2019)	% Compromiso	% Ejecutado
850,0	792,5	605,1	93,1%	71,2%

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación con base en SIIF Nación

A continuación, se detalla el resultado por proyectos de inversión:

(Cifras no porcentuales en pesos corrientes)

Dependencia	BPIN	Proyecto	Aprop. 2019	Ejecuc. 2019	% Avance Fcro.	% Avance físico	% Avance gestión
Subdirección de Gestión del Talento Humano	2017011000308	FORTALECIMIENTO DEL ENTORNO LABORAL EN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL NACIONAL	300.000.000	286.407.885	✓ 95	✓ 100	✓ 100
Subdirección de Gestión de Operaciones	2018011000081	REMODELACIÓN DE LAS SEDES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ	400.000.000	223.670.660	✗ 56	✓ 100	✓ 100
Grupo Atención al Ciudadano	2018011000199	IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIO AL CIUDADANO EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	150.000.000	95.050.666	✗ 63	✓ 100	✓ 100
TOTAL			850.000.000	605.129.211	71,2%		

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación, con base en SPI

Los tres proyectos de inversión reflejaron un resultado de cumplimiento del 100% respecto a la ejecución física y de gestión, mientras que los proyectos de “REMODELACIÓN DE LAS SEDES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL” e “IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS AL CIUDADANO EN EL SECTOR SALUD” terminaron la vigencia con una ejecución financiera por debajo del 65%.

4. Reservas presupuestales

Al cierre presupuestal de la vigencia 2019 el Ministerio de Salud y Protección social MSPS se realizó un registro de reservas con cargo a los recursos de inversión por valor de \$19.646,3 millones el cual corresponde al 4% de la apropiación total en inversión, distribuidos por proyecto de la siguiente manera:

(Cifras en pesos corrientes)

Rubro	Proyecto de inversión	Compromisos
C-1901-0300-28	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI NACIONAL	\$ 9.935.595.302,40



Rubro	Proyecto de inversión	Compromisos
C-1901-0300-33	FORTALECIMIENTO SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	\$ 4.192.964.490,99
C-1901-0300-32	FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN A NIVEL NACIONAL	\$ 1.323.525.715,00
C-1901-0300-31	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A NIVEL NACIONAL	\$ 1.200.427.566,14
C-1901-0300-29	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. NACIONAL	\$ 1.140.525.013,60
C-1902-0300-7	ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN Y SU IMPACTO PRESUPUESTAL RESPECTO A LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN NACIONAL	\$ 575.932.455,99
C-1901-0300-26	FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CONDICIONES DE INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD Y CALIDAD NACIONAL	\$ 421.473.200,00
C-1901-0300-24	APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO NACIONAL	\$ 246.890.622,00
C-1999-0300-14	REMODELACIÓN DE LAS SEDES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ	\$ 147.102.800,00
C-1901-0300-34	FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA Y REGULACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD EN COLOMBIA. NACIONAL	\$ 87.218.110,00
C-1999-0300-10	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS, INVESTIGACIONES Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SECTORIALES Y DE LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES. NACIONAL	\$ 75.179.802,00
C-1901-0300-23	FORTALECIMIENTO DE LOS ACTORES PARA LA APROPIACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y PROMOCIÓN SOCIAL EN SALUD NACIONAL	\$ 61.706.082,00
C-1999-0300-13	IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIO AL CIUDADANO EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	\$ 39.266.000,00
C-1901-0300-36	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ORIENTAR LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. NACIONAL	\$ 39.086.192,00
C-1902-0300-8	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE LOS RECURSOS DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL	\$ 38.615.327,00
C-1901-0300-35	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL NACIONAL	\$ 35.688.551,00
C-1901-0300-27	ASISTENCIA PARA INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD HACIA LA POBLACIÓN AFECTADA POR EMERGENCIAS Y DESASTRES NACIONAL	\$ 31.116.182,00
C-1902-0300-10	FORTALECIMIENTO DE LA RECTORIA PARA EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SGSSS- NACIONAL	\$ 24.412.676,00
C-1999-0300-9	FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL NACIONAL	\$ 19.694.162,00
C-1999-0300-12	FORTALECIMIENTO DE LA COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES DEL SECTOR SALUD NACIONAL	\$ 9.916.704,00
Total		\$19.646.336.954

Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES-Grupo de Planeación con base en SIIF Nación



Referencias

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020). Página Web de la entidad. Recuperado de: www.minsalud.gov.co

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020). Histórico de Noticias. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2020/03/Paginas/Historico-Noticias.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020). Cuenta Oficial del Ministerio de Salud y Protección Social-Twitter. Recuperado de: <https://twitter.com/MinSaludCol> (@MinSaludCol)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020). Informe de Gestión y Seguimiento. Enero-Diciembre 2019. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/metas-indicadores-gestion.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2019). Informe al Congreso de la República 2018-2019. Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/informes-gestion.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020). Minisitio Transparencia y Acceso a la Información Pública. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/transparencia-acceso-informacion.aspx>

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (2020). Ejecución del Presupuesto General de la Nación detallado por sector, entidad y rubro presupuestal. Acumulada a diciembre de 2019. Recuperado de: https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/presupuestogeneraldeLANACION/EjecucionPresupuestal2019/diciembre2020

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (2019). Decreto 2411 de 30 de Diciembre de 2019. Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2020, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos. Recuperado de: https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/ptogralnal2020/decretopresupuesto2020

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (2020). Detalle Presupuesto General de la Nación (PGN) 2020. (2020). Recuperado de: https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/ptogralnal2020/decretopresupuesto2020