



República de Colombia

---

SECTOR DE LA PROTECCION SOCIAL  
**INFORME DE ACTIVIDADES**

2009 - 2010

CUATRIENIO 2006 - 2010

---

AL HONORABLE CONGRESO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D.C. Julio de 2010

---

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Dirección General de Planeación y Análisis de Política  
Grupo de Estudios y Planeación Sectorial

---

ISSN 1900-3838

Informe de Actividades 2009-2010

Informe Cuatrienio 2006 - 2010

Al Honorable Congreso de la República

1° Edición, 2010

400 ejemplares

Impreso en Colombia

---

**ALVARO URIBE VÉLEZ**

Presidente de la República

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de la Protección Social

**CARLOS JORGE RODRIGUEZ RESTREPO**

Viceministro Técnico

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

Viceministro de Salud y Bienestar

**RICARDO ANDRES ECHEVERRY LÓPEZ**

Viceministro de Relaciones Laborales

**CLARA ALEXANDRA MENDEZ CUBILLOS**

Secretaria General

---

## DESPACHO MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**Nelly Patricia Ramos Hernández**

Jefe Oficina Asesora Jurídica y de Apoyo Legislativo

**Gloria Beatriz Gaviria Ramos**

Jefe Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales

**Alfredo Bernardo Posada Viana**

Jefe Oficina de Control Interno

**Marisol Orozco López**

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

## VICEMINISTERIO TÉCNICO

**Juan Pablo Toro Roa**

Director General de Planeación y Análisis de Política

**Luisa Fernanda Bellini Pérez**

Directora General de Financiamiento

**Diana Marcela Arenas Pedraza**

Directora General de Seguridad Económica y Pensiones

**Luis Carlos Ortiz Monsalve**

Director General de Análisis y Política de Recursos Humanos

## VICEMINISTERIO DE RELACIONES LABORALES

**Luz Stella Veira de Silva**

Directora General Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo

**Melva Gregoria Diaz Better**

Directora General de Protección Laboral

Directora General de Promoción del Trabajo (E)

## VICEMINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR

**Luis Fernando Correa Serna**

Director General de Calidad de Servicios (E)

**Susana Margarita Helfer-Vogel**

Directora General de Promoción Social

**Lenis Enrique Urquijo Velásquez**

Director General de Salud Pública

**Mery Concepción Bolívar Vargas**

Directora General de Gestión de la Demanda en Salud

**Ana María Cabrera Videla**

Directora General de Riesgos Profesionales

**Alba Rocío Rueda Gómez**

Directora General Fondo Nacional de Estupefacientes

## DIRECTIVOS ENTIDADES ADSCRITAS SECTOR PROTECCION SOCIAL

### **Javier Ignacio Cormane Fandiño**

Director General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

### **Pedro Pablo Cadena Farfán**

Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

### **Francisco Álvaro Ramírez Rivera**

Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República

### **Elvira del Pilar Forero Hernández**

Directora General Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

### **Carlos Vicente Rada Escobar**

Director General Instituto Nacional de Cancerología

### **Juan Gonzalo López Casas**

Director General Instituto Nacional de Salud

### **Jairo Céspedes Camacho**

Director General Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

### **Juan José Muñoz Robayo**

Gerente Sanatorio de Agua De Dios

### **Jesús Alfonso Suárez**

Gerente Sanatorio de Contratación

### **Darío Montoya Mejía**

Director General Servicio Nacional de Aprendizaje

### **Mario Mejía Cardona**

Superintendente Nacional de Salud

### **Flor Gnecco Arregocés**

Superintendente de Subsidio Familiar

## DIRECTIVOS ENTIDADES VINCULADAS SECTOR PROTECCION SOCIAL

### **Carlos Tadeo Giraldo Gómez**

Director General Caja de Previsión Social de Comunicaciones

### **Cesar Augusto Torres Suescún**

Liquidador Empresa Territorial para la Salud

### **Silvia Helena Ramirez Saavedra**

Presidente Instituto Seguros Sociales



# Contenido

<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>I. ASEGURAMIENTO</b>	<b>16</b>
1.1 Salud	16
1.1.1 Régimen subsidiado de salud	16
1.1.2 Régimen Contributivo de Salud	19
1.2. Pensiones	20
1.2.1 Afiliación	20
1.2.2 Pensionados	23
1.2.3 Instituciones del Sector Administradoras de Pensiones	26
1.3 Riesgos Profesionales	33
1.3.1 Aseguramiento	33
1.3.2 Comportamiento de los indicadores	34
1.4 Cajas de Compensación Familiar	34
1.5 Cesantías	36
<b>2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>37</b>
2.1 Planes obligatorios de salud	37
2.2 Ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de servicios de salud	38
2.3 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios	39
2.4 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	40
2.5 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología	42
2.6 Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos	42
2.7 Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud (capacitación e incentivos)	44
2.8 Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres	46
2.9 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional	50
2.9.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	50
2.9.2 Instituto Nacional de Cancerología	51
2.9.3 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia	52
2.9.4 Sanatorio de Contratación	54
2.9.5 Sanatorio de Agua de Dios	55
2.9.6 Caja de Previsión Social de Comunicaciones	56
<b>3. SALUD PÚBLICA</b>	<b>59</b>
3.1 Salud Infantil	59
3.2 Salud Sexual y Reproductiva – SSR	61
3.3 Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis	62
3.5 Salud mental y reducción de la demanda y consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA	64
3.6 Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN	65

3.7 Seguridad Sanitaria y Ambiental	67
3.8 Salud oral	68
<b>4. PROMOCIÓN SOCIAL</b>	<b>69</b>
4.1 Políticas y programas para poblaciones vulnerables	69
4.1.1 Infancia y Jóvenes	69
4.1.2 Adulto mayor	71
4.1.3 Red Juntos	73
4.1.4 Población Desplazada	74
4.1.5 Otras poblaciones	75
4.1.6 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.	77
<b>5. MERCADO LABORAL</b>	<b>78</b>
5.1 Formación para el trabajo	78
5.1.1 Oferta	78
5.1.2 Calidad de la formación para el trabajo	81
5.1.3 Focalización de la formación para el trabajo	83
5.1.4 Articulación de las demandas del sector productivo con los programas curriculares de formación para el trabajo	84
5.1.5 Articulación de la formación para el trabajo con la educación media y la educación superior	84
5.2 Generación de empleo e intermediación laboral	84
5.2.1 Programas y acciones encaminados a la generación de empleo	84
5.2.2 Acciones de intermediación laboral	90
5.3 Protección laboral	91
5.3.1 Protección de los derechos fundamentales en el trabajo y fortalecimiento del diálogo social	92
5.3.2 Capacitación a Líderes Sindicales	92
5.3.3 Programa de Protección a Líderes Sindicales	92
5.4 Cumplimiento de normas de trabajo y de seguridad social	94
5.4.1 Acciones en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo en materia laboral y de seguridad social	94
5.4.2 Fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales	95
5.4.3 Fortalecimiento del sistema de inspección del trabajo	96
5.4.4 Consolidado de actividades de las Direcciones Territoriales	96
5.4.5 Trabajo infantil	97
<b>6. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL</b>	<b>99</b>
6.1 Comportamiento de los recursos del sector salud	99
6.1.1 Sistema General de Participaciones	100
6.1.2 Fondos	100
6.2 Recobros y fallos de tutela	116
6.3 Cálculo de UPCc y UPCs	120
6.4 Política de alto costo	120
<b>7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	<b>122</b>
7.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud	122
7.1.1 Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud	122
7.1.2 Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios	123

7.1.3	Protección al usuario y participación ciudadana	124
7.1.4	Medidas Especiales	124
7.1.5	Función Conciliatoria y Jurisdiccional	124
7.2	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima	125
7.2.1	Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	125
7.2.2	Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización	126
7.2.3	Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – Invima.	129
7.3	Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen	132
7.4	Vigilancia en Salud Pública	134
<b>8.</b>	<b>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL</b>	<b>135</b>
8.1	Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector	135
8.1.1	Sistemas de información y estadísticas	139
8.1.2	Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión	146
8.1.3	Sistemas de atención al ciudadano	150
8.2	Asistencia técnica y Participación y Control Social	151
8.3	Investigación, ciencia y tecnología en el sector	153
8.4	Cooperación y Relaciones internacionales	154
8.5	Comunicaciones	158
<b>I.</b>	<b>ASEGURAMIENTO</b>	<b>161</b>
I.1	Salud	161
I.1.1	Régimen Subsidiado de Salud	161
I.1.2	Régimen Contributivo de Salud	163
I.2	Pensiones	164
I.2.1	Afiliación	164
I.2.2	Pensionados	167
I.2.3	Instituciones del Sector Administradoras de Pensiones	171
I.3	Riesgos profesionales	179
I.3.1	Trabajadores afiliados	179
I.3.2	Empresas afiliadas	180
I.4	Cajas de Compensación Familiar	181
<b>2.</b>	<b>PRESTACIÓN DESERVICIOS DE SALUD</b>	<b>185</b>
2.1	Planes obligatorios de salud	185
2.2	Ajuste y Modernización de las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud	189
2.3	Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios	193
2.4	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	198
2.	Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología	200
2.6	Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos	202
2.7	Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud (capacitación e incentivos)	205
2.8	Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres	212
2.9	Proyecto Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia – (Subcuenta de Solidaridad - Fosyga):	220

2.10 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional	221
<b>3. SALUD PÚBLICA</b>	<b>238</b>
3.1. Salud Infantil	238
3.2. Salud Sexual y Reproductiva – SSR	242
3.3 Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis	248
3.4 Enfermedades Crónicas No Transmisibles	252
3.5 Salud mental y Farmacodependencia	253
3.6 Seguridad Alimentaria y Nutricional	257
3.7 Seguridad Sanitaria y Ambiental	260
3.8 Salud oral	260
<b>4. PROMOCIÓN SOCIAL</b>	<b>261</b>
4.1 Políticas y programas para poblaciones vulnerables	261
4.1.1 Infancia y jóvenes	261
4.1.2 Adulto mayor	266
4.1.3 Familia	269
4.1.4 Población desplazada	270
4.1.5 Otras poblaciones	276
4.1.6 Prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.	283
<b>5. MERCADO LABORAL</b>	<b>284</b>
5.1 Formación para el trabajo	284
5.1.1 Oferta	284
5.1.2 Calidad de la formación para el trabajo	286
5.1.3 Focalización de la formación para el trabajo	289
5.1.4 Articulación de las demandas del sector productivo con los programas curriculares de formación para el trabajo	291
5.1.5 Articulación de la formación para el trabajo con la educación media y la educación superior	292
5.2 Generación de empleo e intermediación laboral	293
5.2.1 Programas y acciones encaminados a la generación de empleo	293
5.2.2 Acciones de intermediación laboral	302
5.3 Protección laboral	304
5.3.1 Protección de los derechos fundamentales en el trabajo y fortalecimiento del diálogo social	305
5.3.2 Capacitación a líderes sindicales	308
5.4 Cumplimiento de normas de trabajo y de seguridad social	309
5.4.1 Acciones en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo en materia laboral y de seguridad social	309
5.4.2 Fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales	311
5.4.3 Fortalecimiento del sistema de inspección del trabajo	312
5.4.4 Consolidado de actividades de las Direcciones Territoriales	317
<b>6. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL</b>	<b>319</b>
6.1 Comportamiento de los recursos del sector salud	319
6.1.1 Sistema General de Participaciones	320
6.1.2 Fondos	320
6.2 Recobros y fallos de tutela	334
6.3 Cálculo de UPCc y UPCs	337

6.4	Política de alto costo	338
6.5	Otros ingresos generados para el sector de la salud	339
6.6	Evasión y elusión al Sistema de Seguridad Social Integral	341
<b>7.</b>	<b>INSPECCIÓN,VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	<b>342</b>
7.1	Acciones de Inspección,Vigilancia y Control realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud	342
7.1.1	Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud	342
7.1.2	Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios	344
7.1.3	Protección al usuario y participación ciudadana	346
7.1.4	Medidas Especiales	348
7.1.5	Función Conciliatoria y Jurisdiccional	348
7.1.6	Gestión de Apoyo Institucional	349
7.2	Sistema de Inspección,Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima	350
7.2.1	Acciones de Inspección,Vigilancia y Control	350
7.2.2	Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización	351
7.2.3	Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – INVIMA	355
7.3	Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen	361
7.3.1	Acciones de Inspección,Vigilancia y Control	361
7.4	Vigilancia en Salud Pública	364
<b>8.</b>	<b>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL</b>	<b>365</b>
8.1	Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector	365
8.1.1	Sistemas de información y estadísticas	371
8.1.2	Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión	379
8.1.3	Sistemas de atención al ciudadano	380
8.2	Apoyo Territorial	395
8.2.1	Asistencia técnica para la descentralización	395
8.3	Cooperación y Relaciones internacionales	397
8.4	Comunicaciones	406
	<b>ANEXO</b>	<b>411</b>

# Introducción

El Sistema de Protección Social –SPS busca desarrollar acciones que contribuyan a que las personas, los hogares y las comunidades manejen el riesgo y a que las poblaciones más vulnerables accedan a bienes y servicios que mejoren sus condiciones de vida.

El SPS tiene tres componentes, el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) que busca el aseguramiento de la población y el acceso a una oferta de servicios de calidad. El SSSI está compuesto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema General de Pensiones (SGPE), el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) y cesantías. De esta forma, el aseguramiento comprende salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación y cesantías.

El segundo componente, Promoción Social cuyo propósito es atender a la población que por alguna condición o característica es vulnerable a los riesgos y no tiene la capacidad para su manejo. Se consideran vulnerables, poblaciones en condición de pobreza, de desplazamiento, de discapacidad, grupos étnicos, adulto mayor, entre otros.

El tercero, el Mercado Laboral entendido como las intervenciones en formación para el trabajo; generación de empleo e intermediación laboral y protección laboral.

El informe que a continuación se presenta al Honorable Congreso de la República, para el periodo julio de 2009 y junio de 2010, y el cuatrienio 2006 – 2010, está constituido por 8 capítulos, en los cuales se presentan los logros y avances del sector de la protección social.

En el capítulo 1, en lo correspondiente al aseguramiento en salud encontramos que durante el 2009 se observa un crecimiento de más de 214.000 nuevos afiliados. A diciembre de 2009, 40.4 millones de colombianos están asegurados e identificados, y adicionalmente existen 2.7 millones de cupos financiados en el régimen subsidiado. Este resultado, es consecuencia de la creciente inversión realizada en los últimos años.

En cuanto al tema de pensiones, los avances no sólo fueron en materia fiscal. En cobertura se avanzó en el último cuatrienio en todos los frentes; la afiliación tuvo un crecimiento de más de 2.3 millones de nuevas personas, a marzo de 2010, el número de afiliados fue de 15.3 millones; de los cuales el 58% correspondían al régimen de ahorro individual y el 42% a prima media. La actividad del sistema también se incrementó en más del 16%, a marzo de 2010 se registraban 5.8 millones de cotizantes.

Con respecto al sistema de riesgos profesionales, a marzo de 2010, de acuerdo con los registros de las Administradoras de Riesgos Profesionales, 6.8 millones de trabajadores se encontraban afiliados, de los cuales el 63.7% estaba vinculado a entidades del sector privado y el restante a Positiva. Es de resaltar, el aumento en la cobertura para los trabajadores independientes, actualmente el sistema registra 156.347 afiliados.

En el capítulo 2 se aborda el tema de prestación de servicios de salud, tanto para la vigencia como para el cuatrienio, se presentan acciones frente al tema de actualización y precisión de los planes obligatorios de salud, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

Se hicieron aportes metodológicos como la guía para la elaboración de Guías de Atención Integral; se aprobó el diseño de redes de prestación de servicios a 20 entidades territoriales y se asignaron recursos de la nación, en concurrencia con los recursos propios de dichas instituciones y en algunos casos con recursos provenientes de instituciones crediticias de fomento. De manera complementaria, se hizo seguimiento y se evaluó el desempeño de las instituciones en lo referente a la política de prestación de servicios, para lo cual se aplicaron indicadores financieros, de eficiencia y de productividad.

Con relación al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC, se sigue fortaleciendo con aportes como la expedición de la Guía Técnica sobre Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, la puesta en funcionamiento de un Sistema de Educación a Distancia, y la asistencia técnica y capacitación brindada en diferentes zonas del país. Complementariamente, se elaboró la “Guía Metodológica de Trabajo”, para apoyar el proceso de revisión y reordenamiento físico-funcional de las IPS.

También se canalizaron esfuerzos para el diseño de políticas y estrategias en temas fundamentales como: medicamentos, servicios farmacéuticos, sangre, donación y trasplante de componentes anatómicos.

En lo relacionado con el mejoramiento de la calidad del Talento Humano en salud, se adelantaron acciones de reglamentación y control en los ámbitos de formación, docencia y servicio social obligatorio. También se brindaron los beneficios de las becas-crédito y se atendió la demanda de expedición de Tarjetas Profesionales y la autorización para el ejercicio de la Anestesiología.

Finalizando el capítulo se encuentran los logros y la gestión realizada por las instituciones prestadoras de servicios de salud pertenecientes al sector (Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Instituto Nacional de Cancerología, Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, Sanatorio de Agua de Dios, Sanatorio de Contratación, Caprecom y el Fondo de Previsión Social de Congreso de la República.

El capítulo 3, Salud Pública, aborda lo relativo a la apropiación y ejecución de recursos en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Así mismo, se presentan los resultados en los temas de: salud infantil, con las acciones adelantadas por intermedio del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI; salud sexual y reproductiva; enfermedades transmisibles evitables por zoonosis; enfermedades crónicas no transmisibles; salud mental y farmacodependencia; seguridad alimentaria y nutricional; seguridad sanitaria ambiental y salud oral.

El capítulo 4, correspondiente a Promoción Social, durante la vigencia resalta como estrategia para proteger a la población más vulnerable, acciones del sector en programas que impactan positivamente dicha población a nivel nacional. Los programas con mayor relevancia son: en Infancia y Jóvenes, Desayunos Infantiles, Hogares del ICBF, Alimentación Escolar, Clubes Preju-

veniles y Juveniles y el Programa de Adopciones, que en su conjunto lograron una cobertura de 11.3 millones de beneficiarios; en cuanto al Adulto Mayor, el programa de protección PPSAM reportó 573.472 beneficiarios, de otra parte, el ICBF con el programa “Juan Luis Londoño”, benefició a 417.230 adultos mayores con la entrega de complementos alimentarios. Adicionalmente, se transfirieron recursos a 15 entidades territoriales por un monto superior a los 442 millones de pesos, para desarrollar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Otra línea de atención a población vulnerable, tiene que ver con las personas en situación de desplazamiento, actualmente mas de 1.1 millones de desplazados se encuentran afiliados al régimen subsidiado de salud; estos cupos son financiados con recursos de la Nación mediante la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA Esta y otras acciones en pro de la población desplazada, cuentan con el apoyo de entidades del sector de la Protección social como de otras instituciones pertenecientes a otros sectores de la Administración, tal como se muestra en este informe.

Mercado laboral es el tema abordado en el capítulo 5, donde, entre otros, se presentan los programas del SENA, tales como: formación profesional integral ; el Plan 250.000, como política anticíclica del Gobierno Nacional; formación virtual y bilingüismo, entre otros.

Adicionalmente, es importante destacar lo relativo a las empresas promovidas por el Fondo Emprender, los convenios interinstitucionales en el marco del programa Iniciativas Locales de Empleo – ILE, así como los programas de subsidios al desempleo, microcrédito y los relacionados con capacitación para la inserción laboral.

En materia de protección laboral se trabajaron los temas de erradicación del trabajo Infantil, protección de los derechos fundamentales en el trabajo, capacitación a líderes sindicales y verificación del cumplimiento de las normas de trabajo y seguridad social por intermedio de la inspección y vigilancia, para lo cual se fortaleció el sistema de en el territorio nacional. Otros avances se refieren: al reconocimiento que hace la OIT al país como caso en progreso destacando los esfuerzos adelantados por el Gobierno Nacional para reparar a las víctimas de la violencia; la disminución de homicidios contra sindicalistas; y el aumento de penas para quienes incurran en delitos contra éstos.

El capítulo 6, presenta la Financiación del Sistema de Protección Social, mostrando el comportamiento de los recursos del sector salud y la dinámica de los diferentes agentes que intervienen. En detalle se presentan: el Sistema General de Participaciones, el Fondo de Solidaridad Pensional, el Fondo de Solidaridad y Garantías FOSYGA, , el Fondo de Pensiones Públicas y el Fondo de Riesgos Profesionales.

En el capítulo 7, Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se enuncian las acciones adelantadas por las diferentes entidades que hacen parte del sector de la protección social en materia de inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de la salud, a la prestación de los servicios de salud, medicamentos, buenas practicas, entre otros.

El último capítulo, Fortalecimiento Institucional, tiene por objeto reseñar la gestión y avances que alcanzaron, el Ministerio de la Protección Social y las entidades que integran el sector, en tópicos estratégicos como el mejoramiento de la capacidad de gestión, con acciones de implementación y administración de sistemas de información y estadística, sistema de atención al ciudadano y la adopción e implementación de los componentes del sistema integrado de gestión (Sistema de Desarrollo Administrativo – SDA, Modelo Estándar de Control Interno – MECI y Sistema de Gestión de Calidad).

La parte final del informe hace referencia a las acciones de asistencia técnica para la descentralización y la participación y control social, así como los desarrollos en investigación, ciencia y tecnología y los convenios y alianzas realizados en el contexto de la cooperación y las relaciones internacionales.

Todo el conjunto de esfuerzos e inversiones realizadas a lo largo del cuatrienio 2006-2010, han contribuido al fortalecimiento del concepto de la protección social, sus componentes de aseguramiento y promoción social, y su articulación con el mercado laboral.

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
**Ministro de la Protección Social**

---

# VIGENCIA

## 2009 - 2010

---

# 1. ASEGURAMIENTO

## 1.1. Salud

Para el año 2009, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud ascendió a 43.159.524. El siguiente cuadro muestra la distribución de estos afiliados en el régimen contributivo, subsidiado y de excepción y especiales; y su peso porcentual en el Sistema, logrando así una cobertura total del 96% frente a la población total<sup>1</sup>.

**Cuadro No. 1**  
**Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.**

Régimen	Personas afiliadas	% de la población afiliada al SGSSS	% de la población total
Contributivo	17.563.485	40,7	39
Subsidiado	23.373.913	54,2	52
Especiales	2.222.126,00	5,1	4,9
Población cubierta	43.159.524		96
Población no cubierta	1.818.234		

**Fuente:** Dirección General de Planeación y Análisis de Política – Grupo de Sistemas de Información y Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Información con corte a diciembre de 2009. Supersalud (régimen especiales y de excepción) corte junio de 2009.

### 1.1.1 Régimen subsidiado de salud

Durante el período comprendido entre el 01 de julio de 2009 y el 31 de marzo de 2010 se registró un incremento en la afiliación al Régimen Subsidiado del 7,5% al aumentar el número de afiliados validados y cargados en la base de datos única de afiliados – BDUA de 19.307.182 a 20.759.783.

En aplicación del Acuerdo 408/09 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, se implementó, a partir del segundo semestre de 2009, un mecanismo de reasignación nacional de cupos financiados no carnetizados, adelantado en función de la validación frente a la BDUA. El número total de cupos financiados del Régimen Subsidiado a marzo 31 de 2010 (23.373.913) fue inferior al registrado en junio 30 de 2009 (23.765.177). Se precisa que esta disminución estuvo determinada por la drástica caída de los subsidios parciales, mientras que los cupos de subsidios plenos destinados a la población más pobre y vulnerable aumentó levemente de 22.854.629 a 22.995.513. La cobertura de la afiliación para la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN aumentó al pasar de 88,6%, en junio de 2009, a 90,1% en marzo de 2010.

1. La población según DANE para el año 2009, es de 44.977.758, de acuerdo al censo del 2005, publicadas en la página WEB: [www.DANE.gov.co](http://www.DANE.gov.co).

## Cuadro No. 2 Régimen Subsidiado - Cupos Contratados

Cupos contratados - tipo de subsidio	Fecha de corte		Variación %
	Junio 30 2009	Marzo 31 2010	
Cupos - Subsidio Pleno	22.854.629	22.995.513	0,6%
Cupos - Subsidio Parcial	910.548	378.400	-58,4%
Total cupos contratados	23.765.177	23.373.913	-1,6%

*Fuente:* Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

La continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado con corte al 31 de Marzo de 2010, corresponde a 20.750.941. Para la vigencia 2009-2010, con corte al 31 de Marzo de 2010, las entidades territoriales reportaron un total de 23.373.913 personas contratadas en el Régimen Subsidiado. De este total 2.244.572 personas corresponden a la ampliación de cobertura registrada en el país mediante subsidios plenos. Durante la vigencia 1 de Abril de 2009 a 31 de Marzo de 2010 no se realizó ampliación de cobertura en la modalidad de subsidios parciales y los subsidios parciales fueron transformados a plenos.

### Ampliación de Cobertura para Poblaciones Especiales

#### Población Indígena

A 31 de marzo de 2010 la población indígena afiliada al Régimen Subsidiado es 1.244.206, de este total, 150.630 corresponden a la ampliación de cobertura nuevos cupos contratados.

#### Población Desmovilizada

A de marzo de 2010 la población desmovilizada del conflicto armado afiliada al Régimen Subsidiado es de 67.918 personas, este número de afiliados incorpora a la persona desmovilizada y su núcleo familiar. El total de ampliación de cobertura de 6.898 nuevos cupos contratados. La financiación de la afiliación de esta población se realizó exclusivamente con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

#### Población Desplazada

A de marzo de 2010 el total de la población desplazada afiliada al Régimen Subsidiado es de 1.260.115 y la ampliación de cobertura para este año fue de 423.366. El Fosyga cofinancia el 100% de los recursos para la afiliación de la población desplazada y de población desmovilizada del conflicto armado.

#### Resto de Poblaciones

A Marzo de 2010, el resto de la población afiliada al Régimen Subsidiado es 20.801.674. El total de ampliación de cobertura de 1.663.678 nuevos cupos contratados.

**Cuadro No. 3**  
**Ampliación de Coberturas – Régimen Subsidiado**

Departamento	Indígenas	Desmovilizados	Desplazados	Resto Población
Antioquia	3.189	204	17.354	110.044
Atlántico		18	15.139	164.538
Bogotá D. C.		1.346		
Bolívar		447	26.110	85.310
Boyacá		95	138	1.176
Caldas	1.018	5	2.816	9.511
Caquetá	219	221	7.045	29.025
Cauca	29.677	399	17.371	103.845
Cesar	1.980	83	47.427	22.657
Córdoba	27.788	908	6.790	190.187
Cundinamarca		874	29.311	63.035
Chocó			5.897	2.191
Huila	409	52	19.231	57.422
La Guajira	30.484		9.230	871
Magdalena	562	12	46.058	115.441
Meta	2	461	3.911	37.701
Nariño	16.546	19	11.960	116.833
Norte de Santander		42	9.454	137.688
Quindío		62	3.350	11.609
Risaralda	223	32	7.502	19.400
Santander		32	10.241	34.024
Sucre	16.690	156	30.888	63.523
Tolima	1.535	545	5.078	114.583
Valle	1.003	833	87.068	131.976
Arauca	1.351	14	1.798	17.161
Casanare	37	12		1.232
Putumayo	406		634	7.873
San Andrés				544
Amazonas	861		365	3.855
Guainía	576		15	189
Guaviare	103	26	100	4.094
Vaupés				89
Vichada	15.971		1.085	6.051
TOTALES	150.630	6.898	423.366	1.663.678

*Fuente:* Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosyga – Corte 31 de Marzo de 2010

## Financiación del Régimen Subsidiado

La financiación del Régimen Subsidiado en la vigencia contractual que finalizó el 31 de marzo de 2010 (período abril 01 2009 – marzo 31 de 2010) ascendió a \$6,35 billones, reportando un incremento de 13.4% frente al año inmediatamente anterior (\$5,60 billones en el período abril 01 2008 – marzo 31 de 2009). En términos de la participación de las diferentes fuentes de financiación se observó que los recursos del Sistema General de Participaciones, contribuyeron con el 49,7% (\$3,16 billones), el FOSYGA aportó el 37,8% (\$2,40 billones), los recursos propios territoriales financiaron el 11,4% (\$0,72 billones) y los recursos de las Cajas de Compensación Familiar – CCF (\$68 mil millones) el 1,1%.

### 1.1.2 Régimen Contributivo de Salud

Evaluado el promedio anual de afiliados compensados para el año 2009 frente al mismo comportamiento del año anterior, se presentó un incremento del 1.91% al pasar de 17.234.265 a 17.563.485.

De otra parte y con la entrada en vigencia de los Decretos 3615 de 2005, 2313 de 2006, 2172 de 2009 y 692 de 2010, se han expedido 173 autorizaciones a asociaciones, agremiaciones y comunidades religiosas, logrando afiliarse a la seguridad social, de manera colectiva, a grupos poblacionales independientes e informales, incrementando la cotización al Régimen Contributivo y de pensiones.

**Cuadro No. 4**  
**Promedio Anual de Afiliados Compensados por EPS o EOC**  
**Diciembre 2009**

EPS	Cotizan.	Benef.	Adici.	Afil.	DF*
EPM - Departamento Médico	5.055	6.916	1	11.972	2,37
FPS de los FF NN	31.377	23.356	2.385	57.118	1,69
Salud Colmena EPS S. A.	175.421	178.053	880	354.354	2,01
Salud Total S. A. EPS	653.788	839.303	1.293	1.494.384	2,28
Cafesalud EPS S. A.	326.114	387.246	255	713.615	2,19
EPS Sanitas S. A.	439.995	369.003	3.516	812.514	1,83
Compensar EPS	342.814	318.752	1.865	663.431	1,92
EPS Prog. Comfenalco Antioquia	157.949	164.980	1.379	324.308	2,04
SuSalud EPS - (Suramericana)	580.067	581.428	7.144	1.168.639	1,99
Comfenalco Valle EPS	130.464	149.502	596	280.562	2,14
EPS Saludcoop	1.446.461	1.950.395	725	3.397.581	2,35
Humana Vivir S. A. EPS	107.625	123.599	38	231.262	2,15
EPS Servicios Médicos Colpatría	36.449	32.147	268	68.864	1,88
Coomeva EPS	1.233.257	1.510.242	4.552	2.748.051	2,22
EPS Famisanar LTDA	600.908	637.550	1.792	1.240.250	2,06
EPS Servicio Occidental de Salud	317.297	395.136	1.505	713.938	2,24
Cruz Blanca EPS S. A.	259.067	313.423	63	572.553	2,21
SolSalud S. A. EPS.	97.399	109.943	15	207.357	2,13
SaludVida S. A. EPS	35.087	31.478	0	66.565	1,90
SaludColombia EPS S. A.	13.384	35.635	1	49.020	3,66
Red Salud Atención Humana S. A.	24.055	31.501	0	55.556	2,31
La Nueva EPS S. A.	1.213.246	1.100.325	964	2.314.535	1,91

EPS	Cotizan.	Benef.	Adici.	Afil.	DF*
Multimédicas Salud con Calidad EPS S. A.	2.202	3.222	0	5.424	2,46
Golden Croup S. A. EPS	3.969	7.662	1	11.632	2,93
<b>Total</b>	<b>8.233.450</b>	<b>9.300.797</b>	<b>29.238</b>	<b>17.563.485</b>	<b>2,20</b>

**Fuente:** Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación - Consorcio FIDUFOSYGA. Dirección General de Planeación y Seguimiento de Política – Grupo de Sistemas de Información, con corte a diciembre de 2009. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones  
\*Densidad Familiar: Es la relación entre afiliados y los cotizantes

Al año 2009, permanecen como entidades adaptadas: Empresas Públicas de Medellín - Departamento Médico y el Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales.

### Cuadro No. 5 Afiliados por Tipo de Entidad 2009

EPS o EOC	Cotizantes	Beneficiarios	Adicional	Afiliados	D.F.
Adaptadas	36.432	30.272	2.386	69.090	2,03
Mixta (Nueva EPS)	1.213.246	1.100.325	964	2.314.535	1,91
Privadas	6.983.772	8.170.200	25.888	15.179.860	2,23
<b>Total General</b>	<b>8.233.450</b>	<b>9.300.797</b>	<b>29.238</b>	<b>17.563.485</b>	<b>2,20</b>

**Fuente:** Dirección General de Planeación Análisis de Política – Grupo de Sistemas de Información. Información con corte a diciembre de 2009. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones.

## 1.2. Pensiones

### 1.2.1 Afiliación

A 31 de marzo de 2010, se encontraban afiliados al Sistema General de Pensiones, 15.319.715 personas, presentándose un incremento del 3.54% frente a lo alcanzado a 31 de diciembre de 2008, (14.795.659). Frente a 31 de diciembre de 2009 cuando se presentó una afiliación total de 15.170.121 personas , el crecimiento fue del 2.53%.

Del total de afiliados a 31 de marzo de 2010, cotizan al Sistema 5.785.587 personas, es decir el 37.77%. Esta cifra corresponde al 27.2% de la Fuerza de Trabajo (Población Económicamente Activa), que a 31 de marzo de 2010, registró un total de 21.259.187 personas, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En el Régimen de Ahorro Individual cotizaban 4.008.769 afiliados a 31 de marzo de 2010 y en Régimen de Prima Media con Prestación Definida 1.776.818.

Las afiliaciones al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad a este mismo corte, reflejaron un incremento del 1.21% en relación con lo reflejado a 31 de diciembre de 2009, que en valores absolutos fue de 106.120 afiliados.

Las afiliaciones al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida en marzo 31 de 2010 reflejaron un incremento de 0,68% en relación con diciembre de 2009 que en valores absolutos fue de 43.474 afiliados. Los afiliados cotizantes, presentaron una disminución de 201.823 afiliados correspondiente a 10.20% y los no cotizantes un incremento de 245.297 afiliados equivalentes a 5.51%.

Un resumen de la situación descrita se presenta en los siguientes cuadros:

### Cuadro No. 6 Afiliados Sistema de Pensiones 2008 – 2009

Régimen	31 de Diciembre de 2008		
	Cotizantes	No Cotizantes	Total
Prima Media	1.971.307	4.256.078	<b>6.227.385</b>
Ahorro Individual	3.840.103	4.728.171	<b>8.568.274</b>
<b>Total Afiliados al Sistema</b>	<b>5.811.410</b>	<b>8.984.249</b>	<b>14.795.659</b>
Régimen	31 de Diciembre de 2009		
Prima Media	1.978.641	4.449.824	<b>6.428.465</b>
Ahorro Individual	3.987.104	4.754.552	<b>8.741.656</b>
Total Afiliados al Sistema	5.965.745	9.204.376	<b>15.170.121</b>
Régimen	31 de Marzo de 2010		
Prima Media	1.776.818	4.695.121	<b>6.471.939</b>
Ahorro Individual	4.008.769	4.839.007	<b>8.847.776</b>
<b>Total Afiliados al Sistema</b>	<b>5.785.587</b>	<b>9.534.128</b>	<b>15.319.715</b>

*Fuente: Superintendencia Financiera - DANE*

Discriminado por entidad a 31 de diciembre de 2008 y 2009 y 31 de marzo de 2010 tenemos:

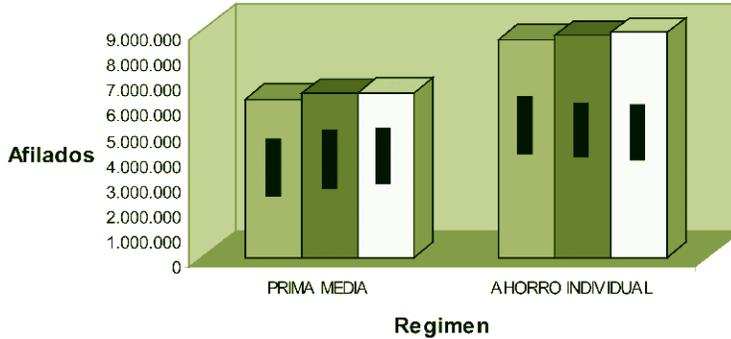
### Cuadro No. 7 Afiliados Sistema de Pensiones – Por administradora 2008 – 2009

Entidad Administradora	2008	2009	Marzo 2010
ISS	6.162.898	6.424.597	6.467.952
CAXDAC	1.041	1.026	1.023
FONPRECON - Ley 4/92	587	593	606
FONPRECON - Ley 100/93	114	120	123
FONPRECON Total	701	713	729
CAPRECOM	1.606	1.093	1.209
P. ANTIOQUIA	1.139	1.036	1.026
CAJANAL	60.000	0	0
<b>Total Prima Media</b>	<b>6.227.385</b>	<b>6.428.465</b>	<b>6.471.939</b>
Porvenir	2.568.240	2.698.751	2.721.011
Protección	1.855.164	1.893.999	1.912.803
Horizonte	1.584.907	1.586.946	1.613.539
Citi Colfondos	1.358.337	1.397.161	1.425.483
Ing. Pensiones y Cesantías	1.127.457	1.091.808	1.101.848
Skandia	73.705	72.461	72.564
Skandia - Plan Alternativo	464	530	528
<b>Total Ahorro Individual</b>	<b>8.568.274</b>	<b>8.741.656</b>	<b>8.847.776</b>
<b>Total Afiliados al Sistema</b>	<b>14.795.659</b>	<b>15.170.121</b>	<b>15.319.715</b>
Población Económicamente Activa - PEA	19.783.325	21.534.579	21.259.187
Población en Edad de Trabajar - PET	33.867.441	34.423.488	34.559.039
Cobertura afiliados/PEA	29,40%	27,70%	28,06%
Cobertura afiliados/PET	17,20%	17,30%	17,26%
Afiliados Cotizantes al Régimen de Prima Media	31,66%	30,78%	27,45%
Afiliados Cotizantes al Régimen de Ahorro Individual	44,82%	45,61%	45,31%

*Fuente: Superintendencia Financiera - DANE*

**Gráfico No. 1**  
**Total Afiliados por Régimen**  
**31 de diciembre de 2008 a 31 de marzo de 2010**

**TOTAL AFILIADOS POR REGIMEN**



■ TOTAL 31A DE DICIEMBRE DE 2008 ■ TOTAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2009 □ TOTAL A 31 DE MARZO DE 2010

*Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones*

La información estadística del número de pensionados y entidades pagadoras para los regímenes de Ahorro Individual y Prima Media se detalla en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 8**  
**Relación de Pensionados por Régimen y Entidad Pagadora**  
**2008 – 2010 (Marzo)**

Entidad Pagadora	No. Pensionados	No. Pensionados	No. Pensionados
	Dic. 2008	Dic. 2009	Mar. 2010
<b>Régimen de Prima Media con Prestación Definida</b>			
<b>ISS Asegurador</b>	<b>806.156</b>	<b>860.094</b>	<b>872.175</b>
<b>Entidades Asumidas por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional - Fopep</b>	<b>255.193</b>	<b>257.123</b>	<b>256.465</b>
Cajanal	227.739	229.870	229.444
CVC	760	742	738
Superintendencia Financiera	5	6	6
Superintendencia de Sociedades	264	262	263
Superintendencia de Industria y Comercio	6	6	5
Foncolpuertos	14.680	14.406	14.215
Caja Agraria	9.474	9.570	9.540
Carbocol	37	41	41
Incora en Liquidación	2.127	2.119	2.112
Minercol en Liquidación	91	91	91
Caminos Vecinales	10	10	10
<b>Entidades cuyo Administrador es Caprecom</b>	<b>22.828</b>	<b>22.893</b>	<b>22.812</b>
<b>Otros Sectores</b>	<b>91.950</b>	<b>34.232</b>	<b>34.287</b>
Caxdac	689	691	691
Pensiones de Antioquia	2.394	2.507	2.549

Entidad Pagadora	No. Pensionados	No. Pensionados	No. Pensionados
	Dic. 2008	Dic. 2009	Mar. 2010
<b>Régimen de Prima Media con Prestación Definida</b>			
Minminas - Inst. Asuntos Nucleares y Energías Alternativas	34	33	33
Alcalis de Colombia	1.984	1.984	1.984
Vecol	129	128	128
Gecelca S. A. Esp	173	173	174
Electrificadora de Santander S. A.	840	854	854
Centrales Eléctricas de Nariño S. A.- Cedenar	506	535	541
Universidad Nacional de Colombia	4.778	4.945	4.969
Universidad del Cauca	490	523	523
Banco de la Republica	4.456	4.557	4.572
Fondo Ferrocarriles Nacionales	15.254	15.051	14.999
Fonprecon	2.115	2.157	2.176
Ministerio de la Protección Social – Prosocial	74	76	76
ICBF - (Atlántico)	4	4	4
Dpto. Administrativo de la Función Publica	11	14	14
Otras Entidades	58.019	-	0
<b>Subtotal Régimen de Prima Media</b>	<b>1.176.127</b>	<b>1.174.342</b>	<b>1.185.739</b>
Entidad Pagadora	No. Pensionados	No. Pensionados	No. Pensionados
	Dic. 2008	Dic. 2009	Mar. 2010
<b>Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad</b>			
Protección	8.250	9.817	10.285
Porvenir	7.072	8.523	8.942
Horizonte	6.119	7.362	7.470
Colfondos	4.328	4.939	5.173
Santander	4.145	4.817	5.038
Skandia	561	706	729
Skandia Alternativo	25	31	35
<b>Subtotal Régimen de Ahorro Individual</b>	<b>30.500</b>	<b>36.195</b>	<b>37.672</b>
<b>Régimen Exceptuado</b>			
Ecopetrol	12.076	12.577	12.586
Magisterio	84.427	110.880	114.992
Caja Retiro de Fuerzas Militares	33.038	35.000	35.000
Caja de Sueldos de Retiro de Policía Nacional - Casur	64.453	73.779	73.779
<b>Subtotal Regimenes Exceptuados</b>	<b>193.994</b>	<b>232.236</b>	<b>236.357</b>
<b>Total Regimenes del Sistema</b>	<b>1.400.621</b>	<b>1.442.773</b>	<b>1.459.768</b>

*Fuente: Superintendencia Financiera e Informes de las Entidades Adscritas y Vinculadas al Ministerio de la Protección Social*

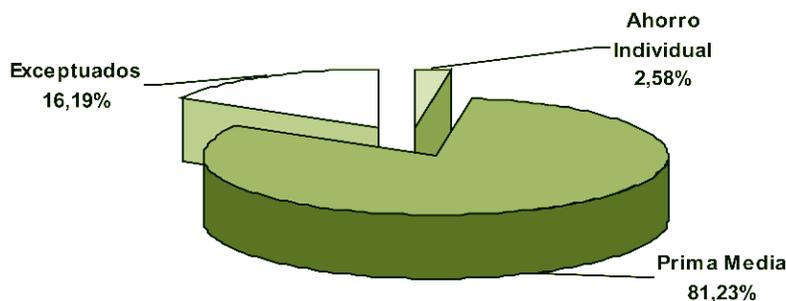
### 1.2.2 Pensionados

El número de pensionados a 31 de marzo de 2010 fue de 1.459.768, de los cuales el 81,23% pertenece al Régimen de Prima Media, el 16,19% corresponde al Régimen Exceptuado y el 2,58% al Régimen de Ahorro Individual.

En cuanto a los pensionados del Régimen de Prima Media, que es la mayor participación en el número total de pensionados, éstos a 31 de marzo de 2010, presentaron un incremento de 0,97% equivalente a 11.397 personas con relación a 31 de diciembre de 2009.

Con corte a 31 de marzo de 2010, el principal pagador de pensiones continúa siendo el ISS asegurador, con 872.175 pensionados, lo que representa el 73,56% del total de pensionados del Régimen de Prima Media. En segundo lugar se encuentra el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional FOPEP, que paga las pensiones de los exservidores públicos de entidades del orden nacional que han sido liquidadas y sustituidas en pago por dicho Fondo con 256.465 pensionados representando el 21,63% del total de pensionados de prima media.

**Gráfico No. 2**  
**Total Pensionados a marzo de 2010**



*Fuente: Superintendencia Financiera e Informes de las Entidades Adscritas y Vinculadas al Ministerio de la Protección Social*

El siguiente cuadro presenta un resumen por régimen:

**Cuadro No. 9**  
**Consolidado de Pensionados por Régimen y Entidad Pagadora**  
**2008 – 2010 (Marzo)**

TOTAL PENSIONADOS DICIEMBRE 2008 -MARZO 2010				
AÑO	AHORRO INDIVIDUAL	PRIMA MEDIA	EXCEPTUADO	TOTAL
2008	30.500	1.176.127	193.994	1.400.621
% Participación	2,18%	83,97%	13,85%	100,00%
2009	36.195	1.174.342	232.236	1.442.773
% Participación	2,51%	81,39%	16,10%	100,00%
2010	37.672	1.185.739	236.357	1.459.768
% Participación	2,58%	81,23%	16,19%	100,00%

*Fuente: Superintendencia Financiera e Informes de Entidades Adscritas y Vinculadas al Min. Protección Social*

### Procesos de Normalización Pensional

A través de este trámite los empleadores disponen de diferentes mecanismos para cumplir con las obligaciones pensionales causadas, ya sea por sustitución al realizar la conmutación con las administradoras de pensiones, por la conformación de patrimonios autónomos o por asunción de un tercero, según sea el caso particular. Entre enero de 2009 y marzo de 2010, fueron atendidas las siguientes solicitudes:

**Cuadro No. 10**  
**Relación de solicitudes para normalización Pensional Atendidas**  
**2009 - 2010**

2009	
Empresa	Mecanismo – Concepto Previo y/o Aprobación
Compañía de Inversiones Bogotá S. A.	Asunción por un Tercero
ESE Rita Arango Álvarez del Pino	Asunción por un Tercero
Bienes La Libertad S. A.	Asunción por un Tercero
ESE Luis Carlos Galán Sarmiento	Asunción por un Tercero
ESE Policarpa Salavarrieta	Asunción por un Tercero
Industria Electrosonora S. A. SONOLUX	Asunción por un Tercero
Láminas del Caribe S. A.	Asunción por un Tercero
ESE Francisco De Paula Santander	Asunción por un Tercero
Aerolíneas Centrales de Colombia - ACES S. A.	Conmutación Pensional
Boehringer Ingelheim S. A.	Conmutación Pensional
Compañía Constructora de Obras de Ingeniería Ltda.- CONOBRAS	Conmutación Pensional
Cooperativa de Caficultores del Líbano - CAFILIBANO	Conmutación Pensional
CYANAMID de Colombia S. A.	Conmutación Pensional
Envases Industriales del Caribe Ltda. "EICEL"	Conmutación Pensional
Industria Nacional Colombiana-Artículos de Acero Y Metales -INCAMETAL	Conmutación Pensional
Siderúrgica del Pacífico - SIDELPA	Conmutación Pensional
Sociedad Colombiana de Construcciones SOCOCO Ltda.	Conmutación Pensional
Envases Industriales del Caribe Ltda. "EICEL"	Conmutación Pensional
Banco del Estado	Conmutación Pensional
Instituto de Fomento Industrial- IFI	Conmutación Pensional
Comercial Moderna S. A.	Pago Único
Talleres de Aviación Ciro LTDA	Pago Único
Empresas Públicas de Medellín ESP	Patrimonio Autónomo
Alpes Flowers S. .A.	Patrimonio Autónomo
Servicios Daza S. .A.	Patrimonio Autónomo
2010	
Empresa	Mecanismo – Concepto Previo y/o Aprobación
Droguería Continental	Conmutación Pensional
Hospital Bocagrande S. A.	Conmutación Pensional
Gran Tierra Energy Colombia Ltda.	Conmutación Pensional
HELIANDES S. A.	Conmutación Pensional
Kodak Américas Ltda.	Conmutación Pensional
PROFICOL S. A.	Asunción por un Tercero
C. I. BANADEX S.A.	Asunción por un Tercero

*Fuente: Superintendencia Financiera e Informes de las Entidades Adscritas y Vinculadas al Ministerio de la Protección Social*

## 1.2.3 Instituciones del Sector Administradoras de Pensiones

### Gestión Pasivo Social Puertos de Colombia

Atención inmediata a los procesos de tutela, derecho de petición y fotocopiado. Expedición de 360.000 fotocopias de documentos de hojas de vida; 750 notificaciones de actos administrativos; 85 certificaciones de bonos pensionales, y 39 de tiempo de servicio; 38 documentos microfilmados; atención aproximada a 3.000 usuarios en forma personal y telefónicamente. Ingreso aproximado del 80% de la información y resoluciones expedidas por el Grupo al Sistema Integrado de Información.

Se ha venido implementando el proceso de desarrollo de herramientas para cuantificar el pasivo contingente del Grupo, para lo cual se desarrollaron los liquidadores para orden secuencial de pagos, sustituciones, cuotas partes por pagar, nivelaciones e indexaciones; de acuerdo a los requerimientos planteados por las diferentes Áreas del Grupo.

Adicionalmente se desarrolló un módulo para depuración de una cuenta contable que asciende a \$1.03 billones, de los cuales \$875.869 millones, corresponden a las sentencias por pagar y \$179.514 millones, a actas de conciliación, suscritas por foncolpuertos, que figura en los estados financieros del Ministerio, y otro, para el registro de la información correspondiente a los procesos iniciados con ocasión a sentencias condenatorias en perjuicios, en donde no ha sido posible encontrar bienes inmuebles de los condenados y son remitidas a la Fiscalía General de la Nación, Unidad de Extinción de Dominio y Lavado de Activos, con el fin de tratar de recuperar estos dineros.

En el momento se está trabajando en un módulo para el control de los auxilios funerarios que antes tenía a cargo la EPS Adaptada Ferrocarriles Nacionales de Colombia. En cuanto a infraestructura informática, se logró la renovación de microcomputadores, para apoyar la gestión del Grupo.

En relación con la suspensión de los efectos jurídicos y económicos de las actas de conciliación y resoluciones de pago, se ha revisado y reliquidado 820 pensiones, en cumplimiento de las decisiones proferidas por la Fiscalía General de la Nación y a fallos de los Juzgados Penales del Circuito de Descongestión, representando un impacto mensual, más los aportes de salud de \$158 millones. Lo anterior significa un ahorro de \$2.213 millones anuales.

Lo relacionado al cumplimiento sentencias como consecuencia de los actos administrativos que se dejaron sin efectos, se liquidaron diferencias de mesadas pagadas de más por nómina a 913 pensionados, por \$52.531 millones, debidamente indexadas.

En cumplimiento de fallos judiciales dictados por Tribunales Superiores del país, Salas de Descongestión, por revocatorias de sentencias de primera instancia, se han revisado 631 pensiones, lo cual ha representado un ahorro mensual en la nómina de \$152 millones con valores pagados de más por la suma de \$42.886 millones, con el fin de que se inicien las acciones correspondientes tendientes a su recuperación.

En el análisis y estudio de fallos revocados, no se halló evidencia de pago de 188 sentencias, lo que significa que la Nación no tendrá que pagar \$9.158 millones.

Se continuó con la Revisión Integral de las Pensiones, solicitadas por las áreas del Grupo, Fiscalía General de la Nación y en cumplimiento de fallos de los Juzgados Penales de Descongestión, Foncolpuertos- Cajanal; en este sentido, se han revisado y reliquidado 59 pensiones, cuyo im-

pacto en nómina genera un ahorro mensual más aportes de salud de \$180 millones y anual de \$2.523 millones.

Simultáneamente se tramitaron cerca de 700 liquidaciones de pensiones por sustituciones, acrecimientos, mesadas atrasadas, desmonte reajustes ilegales, falsedad en documentos, cumplimiento de tutelas, liquidación salario base emisión bonos pensionales, elevadas por la Fiscalía General de la Nación, organismos de control y administración de justicia; apoderados, extrabajadores, pensionados, y otras áreas del Grupo.

Se adelantó el estudio de 348 Actas de conciliación y resoluciones que reconocieron y ordenaron pagos por prestaciones laborales a ex servidores de Colpuertos y sus apoderados, con el fin de establecer posibles irregularidades, y a partir de éstas, informar sobre sus resultados a la Área Judicial y de Asesoría Legal del Grupo y a la Fiscalía General de la Nación que sirven de soporte a las decisiones que suspenden los efectos jurídicos y económicos de los actos administrativos irregulares suscritos en vigencia de Foncolpuertos.

A solicitud de las Fiscalías Delegadas ante el Tribunal Superior de Bogotá, D. C., se dio respuesta a aproximadamente 400 requerimientos sobre pagos de sentencias de primera instancia realizados por Foncolpuertos; de igual manera, se atendieron cerca de 300, formulados por organismos de control, administración de justicia, pensionados y/o apoderados, y áreas del Grupo, relacionados con pagos efectuados a extrabajadores, pensionados y/o sus apoderados.

Ahorro cotización salud empleados públicos, por \$ 729 millones.

Otro frente importante de gestión fue la recuperación de dineros a la Nación para el período Julio 2009-Marzo 2010, con los siguientes resultados:

Por sentencias laborales revocadas, \$1.681 millones.

Por ajuste a tope máximo, \$1.089.392.

Por dineros pagados de más, \$146 millones.

### Caprecom - Pensiones

En cumplimiento de su objeto de Administradora de las Pensiones de las Entidades adscritas y vinculadas del Sector de las Comunicaciones, Caprecom contaba con el siguiente número de aportantes al Sistema Pensional en Diciembre 2009 y Abril 2010.

**Cuadro No. 11**  
**Comparativo Afiliados al Foncap Años 2009-2010**

Entidad	Dic. 2009	Abril. 2010
Ministerio de Comunicaciones	89	67
Telecom	665	941
Caprecom	216	192
Inravisión	111	111
Comisión de Regulación	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1.082</b>	<b>1.312</b>

*Fuente: Caprecom Subdirección de Prestaciones Económicas.*

Se presentó un incremento en el número de afiliados de Telecom, en razón a casos de expleados, que han sido reintegrados por efectos de fallos de tutelas interpuestas ante el Patrimonio Autónomo de Remanentes PAR de Telecom.

En lo que respecta al número de Pensionados, Caprecom disponía de la siguiente Población beneficiaria de esta prestación entre, Diciembre 2009 y Abril 2010.

**Cuadro No. 12**  
**Comparativo de Pensionados**  
**Años 2009 - Abril 2010**

Entidad	Diciembre 2009	Abril 2010
Ministerio de Comunicaciones	760	754
Telecom	16.524	16.511
Adpostal	3.542	3.537
Caprecom	604	600
Inravisión	1.037	1.038
Telenariño	73	72
Teletolima	41	41
Audiovisuales	20	19
Telecartagena	223	226
Telecalarcá	3	3
Telesantamarta	28	28
Telearmenia	33	33
Telehuila	5	5
<b>Total</b>	<b>22.893</b>	<b>22.867</b>

*Fuente: Caprecom. Subdirección de Prestaciones Económicas.*

### Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

En cuanto al pago de Pensiones y Prestaciones Económicas, de julio de 2009 a marzo de 2010, se procesó un total de 1.677 novedades que afectaron la nómina de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, por los diferentes conceptos.

**Cuadro No. 13**  
**Novedades de nómina del FPSFCN**

Concepto	Promedio Mensual Julio 2009 - Marzo 2010
Ingreso a Nómina	29
Retiro de Nómina	45
Efectuar un Traslado Punto de Pago	55
Aprobar y Aplicar Conceptos por Libranza	1.415
Otros Conceptos	117
Aplicar los Embargos en la Nómina	16
<b>Total</b>	<b>1.677</b>

*Fuente: FPS - Datos estadísticos Oficina de Prestaciones Económicas*

Al 31 de marzo de 2009 el número de pensionados era de 15.051, distribuidos así: 9.083 hombres (60%) y 5.968 mujeres (40%).

El valor de promedio de la pensión de Ferrocarriles se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Hasta un salario mínimo mensual:	793 pensionados (5,3%)
Entre 1 y 4 salarios mínimos	13.068 pensionados (87%)
Entre 4 y 10 salarios mínimos	938 pensionados (7,7%)

El valor mensual de la nómina de pensionados a diciembre de 2009 fue de \$17.546 millones, se incremento para el 2010 con el IPC de 2009 (2%). La nómina de Marzo de 2010 tuvo un costo de \$17.884 millones.

El Fondo Pasivo Social, en cuanto a la administración y pago de la nómina de pensionados de la Fundación San Juan de Dios, durante el periodo comprendido entre el 1 de Julio de 2009 y el 30 de marzo de 2010, aplicó 593 novedades de nómina con un promedio mensual de 59 registros. La nómina de la Fundación San Juan de Dios a marzo de 2010 tiene 1.338 pensionados y un costo mensual aproximado de \$1.665 millones.

Con respecto de la administración y pago de la nómina de pensionados de la Promotora de Vacaciones y Recreación Social – Prosocial, aplicó aproximadamente 10 novedades con un promedio de 1 registro mensual. La nómina de Prosocial a abril de 2010 tiene 76 pensionados y un costo mensual aproximado de \$ 38.4 millones.

Con respecto de la función de administración de la nómina, administración de archivos y demás actividades relacionadas con proceso Incora en liquidación, a abril de 2010, se ha recibido un promedio de 45 solicitudes mensuales por concepto de pensión de jubilación, sustituciones pensionales, indexación de la primera mesada pensional, reliquidación por factores salariales, reliquidación para aplicar el 85% de la base de la liquidación, reajustes de ley 445 de 1998, certificados de reconocimiento de pensiones, cuotas partes pensionales, bonos pensionales derechos de petición y tutelas entre otros conceptos, para un total de 455 solicitudes, resueltas 400 y en trámite 55 solicitudes.

En relación con el proceso inherente al reconocimiento, administración de la nómina, administración de archivos y demás actividades relacionadas con la Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero, de julio de 2009 a abril de 2010, se han recibido un promedio mensual de 132 solicitudes por concepto de pensión de jubilación legales y convencionales, sustituciones pensionales, indexación de la primera mesada pensional, reliquidación por factores salariales, cumplimiento de sentencias, cuotas partes pensionales, bonos pensionales derechos de petición y tutelas entre otros conceptos, para un total de 1.320 solicitudes, de las cuales se resolvieron 1.096 y en trámite 224 solicitudes.

De igual forma, con el Decreto 2601 de 2009, el Gobierno Nacional asignó como función transitoria a esta entidad, el reconocimiento de las pensiones que estaban a cargo de Álcalis de Colombia cuyo pago se hará a través de FOPEP.

### Fondo de Previsión Social del Congreso - Fonprecon

El siguiente cuadro identifica el número de afiliados en pensión al Régimen de Prima Media con Prestación Definida en Fonprecon, correspondiente al periodo julio de 2009 y marzo de 2010:

**Cuadro No. 14**  
**Afiliados Fonprecon**  
Millones de pesos

	01-Jul-09		31-Dic-09		30-Abr-10	
	No.	Vr. Cotizac	No.	Vr. Cotizac	No.	Vr. Cotizac
Congresistas	116	611	120	644	123	660
Empleados	597	335	593	337	607	351
Total	713	946	713	981	730	1.011

*Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas - Fonprecon*

A su vez, durante el período informado, los pensionados de la Entidad superaron los dos mil cien y mensualmente se cancelaron mesadas pensionales por valor cercano a los \$ 16 mil millones.

El siguiente cuadro registra las cifras del número de pensionados y valor de mesadas, según el grupo pensional al cual pertenecen.

**Cuadro No. 15**  
**Pensionados Fonprecon**  
Millones de pesos

	01-Jul-09		31-Dic-09		30-Abr-10	
	No.	Vr. Mesada	No.	Vr. Mesada	No.	Vr. Mesada
Ex Congresoistas	810	12.241	813	12.261	822	12.805
Ex Empleados	1.309	2.937	1.344	3.077	1.358	3.227
Total	2.119	15.178	2.157	15.338	2.180	16.032

*Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas - Fonprecon*

Derivado fundamentalmente de la recuperación de cartera y de los rendimientos de las inversiones en TES Clase B, el portafolio de inversiones creció de \$ 227.343 millones a \$ 286.298 millones entre el 30 de junio de 2009 y el 30 de abril de 2010.

De los \$ 286.298 millones reportados en abril 30 de 2010, \$ 263.601 millones, es decir, el 92.1%, corresponden a la reserva de vejez y el 7,9% restante, lo conforman las reservas de invalidez y sobrevivencia con \$ 6.255 y \$ 16.442 millones respectivamente.

De los \$ 285.037 millones reportados en abril de 2010, \$ 262.460 millones, es decir el 92%, corresponden a la reserva de vejez y el 8% restante lo conforman las reservas de invalidez y sobrevivencia con \$ 6.223 y \$ 16.354 millones respectivamente.

Conviene mencionar que el Fondo participó con recursos propios en la financiación de las pensiones por \$ 24. 580 millones en 2009 y \$ 6.650 millones en el primer trimestre de 2010, para un total de \$ 31.230 millones en el período informado, hecho que disminuyó el crecimiento de las inversiones de las reservas, hasta ahora con tendencia creciente por la política de manejo que internamente impera en la Entidad.

En Procesos Judiciales, el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, es parte interesada en 743 procesos; 450 procesos Activa Ad Causam, derivándose una participación del 60.5% de este tipo de procesos respecto del total atendido.

De lo anterior se infiere que de cada 10 procesos judiciales 6 fueron interpuestos por la misma Entidad, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 797 de 2003 que ordenó la verificación del cumplimiento de los requisitos y legalidad de los documentos base para el reconocimiento de pensiones.

En razón de estos procesos, se registran pretensiones de la Entidad por \$472.857,9 millones, reflejados en sus estados financieros.

A su vez, de los 743 procesos judiciales que atiende el Fondo, 293 se clasifican como Pasiva Ad Causam, es decir, el 39,5% del total, con pretensiones por derechos pensionales por \$96.223,3 millones también registrados en los estados financieros.

De lo anterior se deduce que las pretensiones por procesos judiciales son favorables a la Entidad en más de \$ 376 mil millones.

### Instituto de Seguros Sociales - ISS

El ISS cerró el año 2009 con un total de 6.424.597 afiliados a pensiones, de los cuales, 2.047.523 (31,87%) son cotizantes. La cantidad de afiliados a abril de 2010 llegaba a 6.476.582, entre los que se cuentan 1.792.441 (27,68%) cotizantes. El salario medio de los cotizantes era de 1.93 Salarios Mínimos en 2009 y ascendió a 2.16 Salarios Mínimos a Abril de 2010.

Al finalizar 2009, el ISS pagaba mesadas a 860.094 pensionados (38.566 por Invalidez, 616.603 por Vejez y 204.925 por Muerte). En abril de 2010, esta cantidad ascendió a 876.487 (38.961 por Invalidez, 629.526 por Vejez y 208.000 por Muerte). El costo anual de las prestaciones fue de \$11,2 billones en 2009 y \$3,5 billones durante los cuatro primeros meses del año 2010.

**Cuadro No. 16**  
**Pensiones 2009 – Abril de 2010**

Concepto	2009	A Abril de 2010
Pensionados al cierre del año anterior	806.156	860.094
Más total pensiones reconocidas en el año	+78.252	+23.568
Menos pensionados fallecidos en el año	-20.107	-6.375
Menos pensiones de sobrevivientes que cesaron en el año.	-4.207	-800
Total de pensionados al cierre del período	860.094	876.487
Incremento neto de pensionados	53.938	16.393
Costo anual de las prestaciones (millones \$)	\$11.234.966	\$ 3.497.570
Pensión media en SMMMLV	2,25	1,92

Fuente: ISS - Pensiones

El tiempo promedio para el reconocimiento de pensiones disminuyó de 13,5 meses en enero de 2005, a 4,80 en abril de 2010.

En el año 2009 se decidieron 219.477 expedientes de solicitudes de prestaciones económicas. Durante los cuatro primeros meses del año 2010 se han resuelto 73.085 expedientes.

**Cuadro No. 17**  
**Decisión de Prestaciones 2008 – Abril de 2010**

Trámite	2008	2009	A Abril de 2010	Variación 2009-2008	Variac. %
Pensiones Reconocidas	85.098	78.252	23.568	-6.846	-8,04%
Negadas Automáticas	13.644	13.177	4.475	-467	-3,42%
Negadas Manuales	78.655	90.358	30.938	11.703	14,88%
Indemnizaciones	41.089	37.690	14.104	-3.399	-8,27%
Total expedientes	218.486	219.477	73.085	991	0,45%

*Fuente: ISS - Pensiones*

En lo corrido del año 2010 se atendió solicitud de información de Colpensiones y se está construyendo un documento descriptivo de los procesos de pensiones, que incluye propuestas de mejoramiento, cifras estadísticas y la infraestructura dispuesta para su normal desarrollo.

Además de ser una entidad aseguradora en pensiones, el ISS también se desempeñaba como Entidad Promotora de Salud (EPS) y Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) hasta el segundo semestre de 2008, cuando se llevó a cabo el traslado de los afiliados en salud hacia la Nueva EPS (1 de agosto) y de los afiliados y pensionados en riesgos profesionales hacia La Previsora Vida S. A. –hoy Positiva S. A. Compañía de Seguros- (1 de septiembre), en cumplimiento de las normas y políticas trazadas por el Gobierno Nacional, como parte de la estrategia para garantizar la permanencia del Estado en el aseguramiento público esencial de salud y riesgos profesionales.

Del proceso de transformación de la EPS, se destacan los siguientes aspectos durante los años 2009 y 2010:

- » Organización y depuración del archivo de las historias clínicas de las Empresas Sociales del Estado liquidadas.
- » Deuda del ISS-EPS con la Nación. A 30 de Abril de 2010, la deuda del ISS-EPS con la Nación ascendía a \$1.957.343 millones, por empréstitos otorgados por la Nación durante los años 1999, 2001, 2002 y 2006, para cancelar gastos propios de esa unidad de negocio. A 31 de diciembre de 2009 se encontraban vencidas 3 cuotas por un valor total de \$228.3 millones (capital más intereses).
- » Teniendo en cuenta la inexistencia de los ingresos pignorados que servían como garantía y fuente de pago de dichos créditos (por el traslado de los afiliados en salud a la Nueva EPS), el Instituto solicitó su condonación en los años 2008 y 2009, pero aún se espera una respuesta por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- » Por decisión del Consejo Directivo se autorizó un traslado de recursos del Fondo de Jubilación del ISS Patrono, para pago de mesadas de los jubilados de la EPS, por \$20.417,9 millones.
- » Con recursos por valor de \$561.507,50 millones, provenientes de la Cesión de Activos, Pasivos y Contratos de la ARP del ISS, se cubrió una parte del déficit presupuestal de la EPS durante el año 2008.

En cuanto a la transformación de la ARP, mediante acta, suscrita el 27 de Julio de 2009, se efectuó la conciliación de la cesión de los siguientes bienes a favor de Positiva S. A. Compañía de Seguros, conforme a la Resolución No 1293 del 11 de agosto de 2008:

- » 4 terrenos por valor total de adquisición de \$243,49 millones.
- » 6 edificios por un valor total de adquisición de \$4.754,23 millones.
- » 37 vehículos por valor de adquisición de \$1.754,75 millones.
- » Bienes muebles por valor de adquisición de \$8.982,86 millones.

Adicionalmente, el 28 de octubre de 2009 el ISS trasladó a Positiva S. A. la suma de \$3.250,02 millones (con su correspondiente detalle), por concepto de “Cotización sanción”, en cumplimiento del Decreto 3269 de 2009.

Durante el año 2009 se unificó el extracto de Historia Laboral y se consolidó la consulta de la misma a través de la página Web del ISS ([www.iss.gov.co](http://www.iss.gov.co)). Durante ese año ingresaron 1.437.313 afiliados a la página Web de Historia Laboral, de los cuales, 1.336.681 generaron su extracto por el mismo medio. A Abril 30 de 2010 habían ingresado 732.288 afiliados, de los cuales, 698.197 generaron su extracto por ese medio.

Se efectuaron 30 comités de solución de conflictos de múltiple vinculación con las AFP, en los cuales se dirimieron 4.423 casos. Adicionalmente, en aplicación del Decreto 3995 de 2008, se definieron 1.944.027 casos de múltiple vinculación (513.424 a favor del ISS y 1.430.603 a favor de las AFP), para lo cual, se contó con el acompañamiento de la Superintendencia Financiera y se efectuaron mesas de trabajo con Asofondos.

## 1.3 Riesgos Profesionales

Las acciones del sistema están orientadas al mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de la población trabajadora, las cuales se valoran de acuerdo con el comportamiento de indicadores relevantes, tal como: tasa de accidentalidad, enfermedad profesional y mortalidad, como reflejo del impacto de las actividades de promoción y prevención.

### 1.3.1 Aseguramiento

A marzo de 2010, se cuenta con 10 ARP. La afiliación de los trabajadores muestra la siguiente distribución: ARP privadas 63,71%; ARP Positiva de carácter público, 36,29%. La distribución de la afiliación con respecto de la proporción de empresas es: 28,21% en las ARP privadas y el 71,79% a la ARP Positiva.

**Cuadro No. 18**  
**Distribución Afiliados ARP**

Administradora de Riesgos Profesionales ARP	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
Alfa	72.114	1,06%	1.544	0,36%
Aurora	7.217	0,11%	59	0,01%
Bolívar	377.426	5,54%	6.514	1,50%
Colmena	690.367	10,14%	24.051	5,54%
Colpatria	834.620	12,26%	23.409	5,39%
Equidad	300.019	4,41%	23.572	5,43%
Liberty	423.874	6,23%	8.045	1,85%
Mapfre	118.572	1,74%	995	0,23%
Positiva	2.470.057	36,29%	311.817	71,79%
Sura	1.512.621	22,22%	34.327	7,90%
<b>Total</b>	<b>6.806.887</b>		<b>434.333</b>	

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

## **Trabajadores afiliados**

En el periodo comprendido entre julio de 2009 a marzo de 2010, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales pasó de 6.845.532 a un total de 6.806.887, presentado una disminución de 38.645 afiliados.

En cuanto al aseguramiento de los riesgos del trabajo para los trabajadores independientes, ha sido gradual por sectores, sin que ello afecte el equilibrio y sostenibilidad financiera del Sistema.

El comportamiento de cobertura para los trabajadores independientes, tuvo un aumento significativo en el periodo de reporte julio 2009 a marzo 2010, pasando de 78.428 a 156.347 afiliados respectivamente. El aumento corresponde a las continuas campañas de promoción de la afiliación y al seguimiento en el cumplimiento de la normatividad para este fin.

## **Empresas afiliadas**

En cuanto a la afiliación al Sistema, con corte a marzo de 2010, se tiene un acumulado de 434.333 empresas.

### **1.3.2 Comportamiento de los indicadores**

#### **Tasa de Accidentes de Trabajo**

La tasa de accidentalidad inicio el período con 5 accidentes por cada mil afiliados y a marzo de 2010, se presentaron 4.9 accidentes por cada mil. Las actividades económicas con mayor incidencia de accidentes de trabajo fueron: Empresas Prestadoras de Servicios de Salud – EPS, Empresas de negocios varios tales como cobranzas de cuentas, actividades de evaluación, construcción de edificaciones para uso residencial y, empresas dedicadas a la obtención y suministro de personal.

#### **Tasa de Enfermedad Profesional**

Para la vigencia julio 2009 - marzo 2010, la mayor incidencia de los eventos calificados como enfermedad profesional se presentaron en: Empresas dedicadas a la administración pública; Oficina de negocios varios; Empresas y/o Instituciones Prestadoras de Salud, Empresas dedicadas a actividades de la justicia y empresas de explotación carbonífera.

#### **Tasa de Mortalidad**

En el periodo de julio de 2009 – marzo 2010 se presentaron 409 accidentes mortales calificados como profesionales, siendo las (5) primeras actividades económicas con mayor incidencia las empresas del sector de la construcción, actividades de la justicia, oficina de negocios varios, actividades agrícolas y agropecuarias y la del sector petrolero.

### **1.4. Cajas de Compensación Familiar**

A abril de 2010, el número de afiliados a cajas de compensación familiar ascendió a 5.854.752, lo cual representa un aumento de 159.698 nuevos afiliados frente al mes de julio de 2009. Con respecto, al número de empresas afiliadas se pasó de 331.719 a 334.658 en el mismo período.

**Cuadro No. 19**  
**Recaudos pagados por las empresas a las Cajas (Aportes 4%)**  
**2009-2010**

	<b>Jul - Dic. 2009</b>	<b>Ene.-Abr. 2010</b>	<b>Jul. 2009 - Abr. 2010</b>
Costa Atlántica	189,580	129,244	318,824
Región Occidente	483,962	328,903	812,865
Región Centro Oriente	153,161	105,433	258,594
Región Orinoquia	30,077	20,923	51,000
Región Amazonia	10,311	6,896	17,207
Bogotá D. C.	578,905	400,259	979,164
Caja Campesina	30,174	17,822	47,996
<b>Total</b>	<b>1,476,170</b>	<b>1,009,480</b>	<b>2,485,650</b>

*Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.*

El Sistema de Subsidio Familiar recauda aproximadamente tres billones de pesos al año. Las zonas con mayor participación son: Bogotá con el 40% y la región Occidente con el 33%, las restantes representan el 27%.

Las variables Empresas afiliadas, Total afiliados, Población cubierta y Aportes, son las más relevantes del sistema de Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 20**  
**Población Cubierta por las Cajas de Compensación Familiar**  
**julio 2009 – abril 2010**

Variable	Julio 2009	Abril 2010	Variación Absoluta (Periodo)	Variación Porcentual (Periodo)
Número de Empresas Afiliadas	331.719	334.658	2.939	0,88%
Número de Personas Afiliadas	5'695.054	5'854.752	159.698	2,80%
Total Población Cubierta	14'439.163	14'686.241	247.078	1,71%

*Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.*

El cuadro presentado a continuación muestra el comportamiento de los servicios sociales prestados por las CCF:

**Cuadro No. 21**  
**Servicios de las Caja de Compensación Familiar por Regiones**

	Recreación	Bibliotecas	Educación Formal	Educación Informal	Créditos	Subsidios Vivienda
Costa Atlántica	2.709.296	591.546	10.854	45.055	44.671	16.178
Región Occidente	12.949.708	11.784.743	31.447	216.286	58.566	58.437
Región Centro Oriente	2.774.495	785.082	9.744	106.363	23.501	19.427
Región Orinoquia	308.910	58.364	3.363	15.998	10.863	3.554
Región Amazonia	115.452	22.429	745	5.767	512	776
Bogotá D. C.	8.985.314	1.851.425	52.739	155.708	50.663	201.856
Caja Campesina	212.161	203.651		97.765	419	7.314
<b>Total</b>	<b>28,055,336</b>	<b>15,297,240</b>	<b>108,892</b>	<b>642,942</b>	<b>189,195</b>	<b>307,542</b>

*Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.*

## 1.5. Cesantías

La afiliación a cesantías ha experimentado un crecimiento sostenido en el último período. A marzo de 2010 los afiliados totales eran 6.6 millones, casi 1.5 millones de individuos más que lo observado a diciembre de 2008. Para los fondos privados el crecimiento ha sido en promedio de 11.9% anual, mientras que para el Fondo Nacional del Ahorro esta cifra asciende al 15.8%. El crecimiento en la afiliación ha estado impulsado por la entrada de nuevas poblaciones al sistema y dinámica en la creación de empleos.

Una de las circunstancias que más ha contribuido al aumento de afiliados en el sistema de cesantías es la posibilidad de que nuevos tipos de afiliados entren al sistema. Anteriormente las cesantías estaban restringidas a los empleados asalariados con contrato de trabajo, tanto del sector privado como del público. Hoy en día existe la posibilidad de que se afilien trabajadores independientes e individuos por cuenta propia, sin que para ello se tengan que declarar un empleador diferente a ellos mismos.

En términos generales, el sector de cesantías ha mostrado un comportamiento favorable en relación con el crecimiento de afiliados, el cual se explica por el crecimiento nominal del número de ocupados y la disponibilidad del mecanismo para nuevas poblaciones, tales como trabajadores independientes y pertenecientes a otros regímenes de cesantías. Sin embargo, el recaudo ha permanecido prácticamente constante como porcentaje del PIB, lo que indica que el salario promedio de la población afiliada ha bajado, lo cual es explicable debido a que la población independiente normalmente tiene un perfil salarial inferior que la población asalariada, que tradicionalmente ha pertenecido al sistema.

## 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### 2.1 Planes obligatorios de salud

Para el segundo semestre de 2009 y el primer trimestre de 2010 el Ministerio de la Protección Social avanzó respecto a la precisión y actualización del POS, la unificación del POS de niños y niñas menores de 18 años, la consolidación de mecanismos técnicos para la actualización periódica de los beneficios cubiertos por el Plan y el fortalecimiento de los mecanismos para la información, intercambio, difusión y análisis de las características del POS de los regímenes contributivo y subsidiado actuales y de los avances en su precisión y mejora.

Se identificaron dos grupos de beneficios que eran susceptibles de actualizar: i) el grupo de aquellas actividades, intervenciones y procedimientos que a pesar de ser parte del POS no reportaban frecuencias de uso por tratarse de servicios obsoletos o que ya habían sido sustituidos por otros, y ii) el grupo de aquellas actividades, intervenciones y procedimientos que no eran parte del POS, de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994, el Acuerdo 306 de 2005 y demás normas que actualizaron los contenidos del plan, pero que eran prestadas por las EPS con recursos de la UPC por haberlas encontrado costo-efectivas.

Como resultado de esta revisión se actualizó el plan de beneficios, tanto en su codificación como en su contenido (se incluyeron 371 procedimientos), de acuerdo con la demanda atendida en los últimos cuatro años y, financiado por la UPC, que se consigna en los Acuerdos 003 y 008 de la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, que fueron expedidos entre julio y diciembre de 2009.

Con base en los estudios de impacto macroeconómico para su financiación y los requerimientos de orden legislativo. La unificación se dio inicialmente para los menores de 12 años afiliados al Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidio pleno y parcial, mediante los Acuerdos 004 y 005 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud CRES y, posteriormente para los menores de entre 13 y 18 años afiliados al Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidio pleno y parcial, mediante el Acuerdo 011 de la CRES. A partir de enero de 2010, los beneficios del POS del Régimen Subsidiado son iguales a los del Régimen contributivo en esos grupos de edad.

En términos de unificación de los planes de beneficios del aseguramiento, se tiene que entre octubre de 2009 y el 01 de abril de 2010 se capitalizó la unificación del Plan de Beneficios del subsidiado al POS Contributivo para alrededor del 43% de los afiliados al Régimen Subsidiado. En efecto, mediante Acuerdos 004 de 2009 y 011 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, se logró la unificación de los planes de beneficios de los alrededor de 9.6 millones de niños menores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado. Adicionalmente, en los primeros meses de 2010 entraron en operación dos experiencias piloto de unificación de planes de beneficios para la totalidad de afiliados y potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en los distritos de Barranquilla y Cartagena, estimándose en 1 millón los beneficiarios de dichos pilotos (554 mil personas en Barranquilla y 446 mil personas en Cartagena).

Entre noviembre y marzo de 2010 se finalizó la ejecución y la edición técnica de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral -GAI- en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. La elaboración de la Guía Metodológica estuvo a cargo de un equipo multidisciplinario integrado por profesionales clínicos, profesionales de la salud expertos en epidemiología clínica y salud pública, economistas de la salud y actuarios, con la orientación y acompañamiento continuo del Ministerio de la Protección Social y de Colciencias y con la validación y revisión de los diferentes actores del Sistema.

La aplicación de la Guía Metodológica permitirá la adaptación o el desarrollo de GAI para condiciones médicas prioritarias para el país y que con base en las recomendaciones clínicas y en los resultados de las evaluaciones económicas y de impacto actuarial, los tomadores de decisiones tengan suficiente sustento técnico para las decisiones de actualización de los contenidos del POS y lograr que la atención en salud esté enmarcada por la prestación de servicios de calidad, con seguridad y efectividad demostradas y que procuren el equilibrio financiero del sistema.

Respecto a los procesos de consenso y conciliación, el Ministerio de la Protección Social y la CRES realizaron entre julio y agosto de 2009 un primer ejercicio de consulta ciudadana presencial y virtual alrededor de los criterios de inclusión y exclusión del POS, cuyos resultados quedaron recogidos en los Acuerdos 03 y 08 de 2009 de la CRES. En la consulta virtual participaron 3.471 personas de diferentes lugares del país.

Complementariamente, se trabajó en el fortalecimiento de los mecanismos para la información, intercambio, difusión y análisis de las características del POS. Dando cumplimiento a la garantía del derecho de acceso a la información, durante 2009 el Ministerio de la Protección Social continuó con la actualización y disposición pública de la información relacionada con el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo en la web [www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co). Esta página canalizó además la participación ciudadana alrededor de diferentes temas relacionados con el POS.

Al hacer pública y explícita la información sobre lo que está incluido y lo que no está incluido en el POS de cada régimen, el Ministerio de la Protección Social y ahora la Comisión de Regulación en Salud CRES, ofrecen información suficiente, actualizada y oportuna; con esto el ciudadano puede ejercer su derecho a estar informado y hacer control social a la gestión de la salud en el país.

La página web [www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co) ha mantenido durante el año un alto promedio de visitas, alcanzando 289.585 en el periodo marzo 31 de 2009 a abril 27 de 2010, para un total de 817.382 páginas vistas, un porcentaje de 67,0% de visitas nuevas, un promedio diario de 1.800 visitas y un tiempo aproximado de 3.45 minutos de permanencia en el sitio y 191.845 visitantes.

De igual manera la página ha permitido una comunicación directa entre el Ministerio de la Protección Social y la ciudadanía, en los temas relacionados con el Plan Obligatorio de Salud. Hasta diciembre de 2009 se recibieron a través del correo [nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co](mailto:nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co) cerca de 500 consultas que fueron respondidas de manera inmediata a los ciudadanos. Desde enero de 2010, las consultas se realizan directamente a la CRES al correo [cres@cres.gov.co](mailto:cres@cres.gov.co).

## 2.2. Ajuste y modernización de las instituciones públicas de prestación de servicios de salud

El Programa muestra que 31 entidades territoriales (departamentos y distritos) (86%), cuentan con un diseño de red de prestación de servicios de salud aprobado por el Ministerio de la Protección Social. Dichos diseños son el producto del desarrollo de estudios de la organización de

la red del departamento desde el punto de vista de la demanda de servicios incluyendo perfil epidemiológico, nivel de aseguramiento y frecuencia de uso de servicios, contrastado con la capacidad instalada, el recurso humano y las condiciones financieras de cada entidad territorial.

Durante el período de reporte, se produjo la aprobación del diseño de red de dos departamentos (Meta y Putumayo), quedando 5 entidades territoriales pendientes, 3 de ellas que se encuentran en proceso de ajuste de los estudios (Bogotá, Caquetá y Valle del Cauca), y 2 entidades territoriales que no han iniciado los estudios. (La Guajira y Guainía).

Es de destacar, que durante este período se contó con recursos procedentes de la Financiera de Desarrollo Territorial, Findeter, por valor de \$17.390 millones, que fueron aprobados al departamento de Cundinamarca para la reorganización de los hospitales de La Mesa, La Vega y Villeta. Igualmente, es necesario aclarar que los recursos asignados a la IPS del Distrito de Barranquilla complementan a otros recursos ya asignados en otras vigencias para completar la liquidación de la red hospitalaria pública de la ciudad.

**Cuadro No. 22**  
**Instituciones y recursos invertidos en procesos**  
**de reorganización de Instituciones Públicas**  
**Prestadoras de Servicios de Salud por entidad territorial**  
**julio 2009 – mayo 2010**

Entidad territorial	Nro. de IPS	Valor asignado Nación Millones	Valor Cofinanciación	Valor Otros recursos	Valor total asignado
Barranquilla	9	14.000	0	0	14.000
Chocó	25	7.177	0	0	7.177
Cundinamarca	5	10.879	2.989	17.390	31.258
Nariño	1	8.004	1.058	0	9.062
Santander	2	8.925	1.380	0	10.305
Total	42	48.985	5.427	17.390	71.803

*Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud. Dirección de Calidad de Servicios .MPS.*

### 2.3. Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

Con base en el informe realizado por el Ministerio de la Protección Social, se llevaron a cabo los Comités de Seguimiento y Condonación, con la participación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de la Protección Social, en el que se determinó el cumplimiento o no de las metas, compromisos e indicadores definidos en los convenios y se recomienda la condonación total o parcial de la respectiva cuota de repago.

El proceso fue realizado sobre 24 convenios de desempeño suscritos con 18 Departamentos, los cuales contemplaban la evaluación de 154 hospitales y 18 Direcciones Territoriales de Salud.

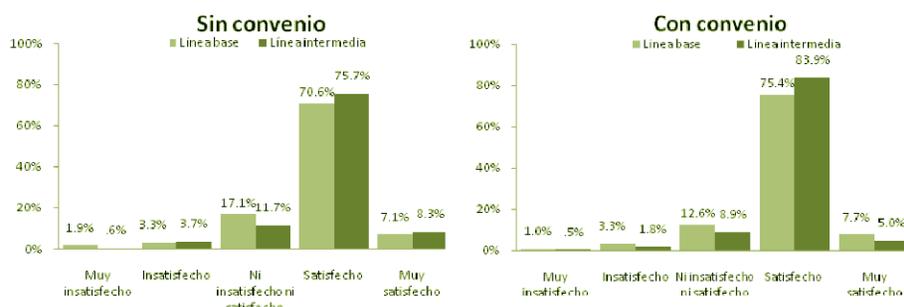
Como resultado del proceso de evaluación, no se condonaron las cuotas de repago asociadas a los recursos asignados a 20 hospitales ubicados en 8 Departamentos y de 2 Entidades Territoriales, por incumplimiento de las metas y compromisos incluidos en los convenios.

Con respecto a la evaluación de impacto de medio término del Programa en los aspectos de

percepción de calidad por parte de los usuarios, de acuerdo con lo establecido en el reglamento operativo del Programa, en 2009 la Universidad de Antioquia llevó a cabo la segunda medición de percepción de calidad de los usuarios de instituciones incluidas en convenios frente a las no incluidas, para lo cual se programaron y ejecutaron 4.021 encuestas en 48 IPS públicas.

En las siguientes gráficas, se observa la calificación dada por los usuarios de las IPS públicas al grado de satisfacción obtenido con el servicio recibido, comparando la medición de línea de base (2006) con la evaluación intermedia (2009), y la inclusión o no en convenio de desempeño. De acuerdo con esta medición en la línea de base 83,1% de los usuarios de IPS con convenio manifestaron quedar satisfechos y muy satisfechos, mientras que en la evaluación intermedia esta proporción creció a 88,9%. Las IPS sin convenio también mejoraron la calificación pero una menor proporción de usuarios manifiesta estar satisfecho y muy satisfecho (77,7% en línea de base y 84,0% en la valoración intermedia).

**Gráfico No. 3**  
**Grado de satisfacción obtenido con el servicio recibido.**  
**Encuestas de percepción de calidad realizadas en**  
**IPS públicas con convenio y sin convenio de desempeño**  
**2006 y 2009**



*Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS.*

## 2.4. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Como resultado de las acciones emprendidas en el SOGC se ha construido un sistema moderno y competitivo internacionalmente con amplia diferenciación sobre los otros modelos latinoamericanos, hecho evidenciado en la obtención de la acreditación internacional de ISQua para el ente acreditador del sistema único de acreditación, constituyéndose Colombia en el único país latinoamericano con esta distinción

A continuación se describen los avances de cada uno de los proyectos con respecto a la implementación de los componentes y estrategias del SOGC.

En 2009 se expidió la guía técnica sobre buenas prácticas en seguridad del paciente, se desarrollaron 20 paquetes con instructivos para entrenamiento en la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud. Igualmente se puso en funcionamiento un sistema de educación a distancia mediante e-learning, aula virtual y software de videoconferencia para su implementación. También se adaptaron y publicaron metodologías de revisión de utilización de servicios y se desarrollaron talleres de capacitación en todo el país sobre este tema.

La Unidad Sectorial de Normalización en Salud operó a través de los Comités de Normalización en Estándares de acreditación ambulatorios y hospitalarios y el Comité de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, trabajo que culminó con la expedición de la Guía Técnica sobre buenas prácticas en seguridad del paciente, y se trabajó en el proyecto del Manual Único de Acreditación

Se fortaleció la implementación del Sistema de Información para la calidad que incluye:

- » Registro Especial de prestadores de servicios de salud en línea, que consolida la información de la oferta de servicios de salud del país.
- » Mini sitio del SOGC que incluye información acerca de los componentes del Sistema
- » Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, el cual opera desde el 15 de abril de 2009, con cinco salas temáticas y evidencia un tráfico estable y creciente y un impacto inicial en el sistema. Se desarrolló la fase 2 mediante la cual se implementó la totalidad de módulos y herramientas contemplados para la completa funcionalidad de esta herramienta.
- » Sistema de Información para la calidad para la gestión de indicadores de calidad
- » Durante 2009 se diseñaron reportes de información del Sistema de Información para la Calidad, actualmente publicados en Observatorio de Calidad y en los Boletines del Observatorio de Calidad.

En el “Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y la Adopción del Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad”, actualmente participan 105 IPS Públicas y 24 Direcciones Territoriales de Salud.

Para la ejecución del proyecto de acompañamiento a las IPS se determinó un grupo objetivo que abarca el 8,9% de las IPS públicas del país<sup>2</sup> y el 69,4% de los Departamentos y Distritos del país.

Para avanzar en la implementación del Programa de Mejoramiento continuo de la Calidad- PA-MEC – para IPS, EAPB y entidades territoriales, en 2009 y lo que va de 2010, se ha continuado con el proyecto de preparación para la acreditación de IPS públicas, a través del cual se brinda asesoría para la implementación del componente de auditoría.

Se contrató el diseño y/o adaptación de herramientas innovadoras de mejores prácticas internacionales para que las instituciones hospitalarias mejoren su desempeño frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación y al componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.

Se ha logrado la implementación del componente Sistema Único de habilitación en todo el país, desarrollando las siguientes actividades:

- » Capacitación de los funcionarios de las DTS responsables de cargar la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
- » Desarrollo de las acciones de prueba por parte de las DTS de la aplicación Web para que los prestadores registren en línea las pre-inscripciones y pre-novedades del registro.
- » Implementación del aplicativo Web para que las DTS consoliden en línea la información del REPSS.

2. Fuente: Registro especial de Prestadores de Salud. Ministerio de la Protección Social. Universo 1.126 IPS Públicas.

## 2.5. Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

### Reordenamiento Físico Funcional de IPS

Se elaboró una “Guía Metodológica de trabajo” con el fin de unificar y facilitar la elaboración de los estudios de desarrollo institucional sobre los cuales fundamentar el reordenamiento físico-funcional de las instituciones.

Dicha guía es un instrumento creado para apoyar el proceso de revisión y reordenamiento físico-funcional de las IPS, que, mediante el uso de fichas-cuestionarios, facilita las distintas etapas de recopilación y consolidación de la información enfocada a identificar los puntos críticos que deberán resolverse. En 2009 se efectuaron siete talleres de capacitación regionales para dotar a las DTS con la herramienta.

### Infraestructura Física y Tecnología

Se encuentra en ejecución el proyecto de construcción del Hospital San Andrés del Municipio de Tumaco – Nariño con un área aproximada de 11.400 M2 y una inversión prevista de \$ 31.000 millones de pesos del Fondo Nacional de Regalías.

Con el objeto de apoyar la realización de refuerzos estructurales en instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, ubicadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia se ejecuta el proyecto de vulnerabilidad sísmica estructural al cual en la vigencia 2009 se asignaron \$12.000 millones distribuidos en cinco instituciones que se presentan en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 23**  
**Recursos Asignados a Reforzamiento Estructural de IPS Públicas 2009**

Departamento	Municipio	Institución	Valor asignado Millones
Nariño	La Unión	ESE Hospital Eduardo Santos	3.310
Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras	3.990
Cundinamarca	Cáqueza	ESE Hospital San Rafael	300
Valle	Cali	ESE Hospital Evaristo García (2da etapa)	1.200
Quindío	Armenia	ESE Hospital San Juan De Dios	3.200
Total			12.000

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS.

## 2.6. Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos

Se analizó y consolidó la información de los bancos de sangre del País, haciendo seguimiento a los principales indicadores de impacto en la red, el Cuadro No. 24 brinda parámetros de comparación entre la realidad nacional y los bancos de sangre a nivel mundial.

**Cuadro No. 24**  
**Indicadores Banco de Sangre Año 2009**

Indicador	Nacional	Internacional
Disponibilidad de sangre/1000 habitantes	15 unidades	30 a 40 unidades
Donación Voluntaria habitual o repetitiva	18%	70%
Seguridad Sanguínea/10.000 donaciones	6 casos de VIH	0.03 casos de VIH

Fuente: Instituto Nacional de Salud

Para el periodo comprendido entre el 01 de julio a 31 de diciembre de 2009 se realizaron 273 donaciones de órganos y para enero-febrero de 2010 se han realizado 85 donaciones.

**Cuadro No. 25**  
**Cantidad de Donaciones de Órganos – por Regional**  
**Julio 2009 – Febrero 2010**

No. Donantes	Jul.-Dic. 2009	Ene.-Feb. 2010
Regional 1 (Bogotá)	90	31
Regional 2 (Antioquia)	118	32
Regional 3 (Valle)	39	18
Regional 4 (Santander)	13	2
Regional 5 (Atlántico)	1	0
Regional 6 (Neiva)	12	2
TOTAL	273	85

Fuente: Instituto Nacional de Salud

Para el período comprendido entre el 01 de julio a 31 de diciembre de 2009 se realizaron 609 trasplantes de órganos y de enero a febrero de 2010 se han realizado 165 trasplantes. Los componentes que presentan un mayor número de trasplantes son riñón, hígado y corazón.

**Cuadro No. 26**  
**Número de Órganos Trasplantados por Componente Anatómico**  
**julio 2009 – abril 2010**

Órgano	Julio-Dic. 2009	Enero-Febrero 2010
Riñón	441	126
Hígado	116	21
Corazón	33	11
Pulmón	4	0
Páncreas	2	0
Riñón- Páncreas	3	3
Riñón- hígado	8	3
Corazón- pulmón	0	0
Multivisceral	1	1
Laringe-esófago-Tráquea	1	0
Intestino	0	0
Total	609	165

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

Adicionalmente, se desarrolló el proyecto de implementación de los procesos generales del servicio farmacéutico y preparación y acompañamiento a las instituciones prestadoras de servicios de salud seleccionadas en la implementación gradual del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria.

En el tema de medicamentos se expidió la regulación que aparece en el anexo No. 1 de este informe. Así mismo, se llevaron a cabo capacitaciones dirigidas a los jefes de inspección, vigilancia y control de medicamentos de 23 Direcciones Territoriales de Salud del país, en temas tales como el servicio farmacéutico, inspección, vigilancia y control de medicamentos, productos fitoterapéuticos, suplementos dietarios y dispositivos médicos.

## **2.7. Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud (capacitación e incentivos)**

Durante el periodo reportado se avanzó en la reglamentación de temas sensibles para la formación y ejercicio del personal de la salud como la relación docencia servicio y servicio social obligatorio buscando mayor integración entre los procesos de formación y de atención en salud, posibilitando que los mismos no se limiten a las instituciones hospitalarias y promoviendo la consolidación de relaciones estables y de largo plazo, basada en visiones y objetivos compartidos, entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios.

Esta reglamentación fue producto de la participación y concertación con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la asesoría permanente del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, organismo en el que también se analizaron temas como certificación y recertificación, becas crédito, colegios profesionales, observatorio y registro único de talento humano en salud, así como propuestas puntuales para atender las dificultades que se presentan con la oferta de médicos especialistas en algunas regiones del país.

De igual forma, el Ministerio de la Protección Social lideró la conformación de un grupo interinstitucional y multidisciplinario que actualmente está trabajando en la definición de competencias profesionales como referentes para los procesos de formación, ejercicio y educación continua de este personal de la salud. Paralelamente, se impulsó y desarrolló el Observatorio de Talento Humano en Salud mediante la entrada en funcionamiento de la Sala de Medicina Familiar y la incorporación de información reciente de interés para el sector.

De otro lado, mediante el trabajo coordinado de los Ministerios de Educación Nacional y de la Protección Social a través de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, se mejoró la oportunidad en la respuesta a las Instituciones de Educación Superior e Instituciones de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, frente a los conceptos que emite este organismo sobre los programas de formación en educación superior y auxiliares del área de la salud, como mecanismo para asegurar la calidad de los mismos.

Los cuadros siguientes detallan los programas e instituciones sometidos a consideración de la Comisión cuyas decisiones se formalizan a través de Acuerdos:

### Cuadro No. 27

#### Acuerdos sobre Relación Docencia Servicio de Programas de Educación Superior Año 2009 -2010

Instituciones y Programas No.		Detalle programas de Pregrado incluidos en los Acuerdos No.	
Número de Acuerdos emitidos CITHS.	128	Medicina	19
Instituciones con Acuerdos Favorables	35	Enfermería	7
Instituciones con Acuerdos No Favorables	5	Fisioterapia	7
Programas incluidos en los Acuerdos	113	Instrumentación Quirúrgica	3
Pregrado	51	Odontología	3
Especializaciones	60	Bacteriología	2
Tecnologías	2	Fonoaudiología	2
		Microbiología y Bioanálisis	2
		Nutrición y Dietética	2
		Terapia Ocupacional	2
		Optometría	1
		Terapia Respiratoria	1
		<b>Total</b>	<b>51</b>

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social*

Así mismo, el tiempo de respuesta frente a las solicitudes de concepto de los programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano del área de la salud se redujo de más 6 meses a menos de 3 meses en un proceso en el cual se evaluaron y conceptuaron 1.040 programas del área de la salud, como se verifica en el siguiente cuadro.

### Cuadro No. 28

#### Concepto a los Programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano del Área de la Salud

Programa	Concepto			Total
	Favorable	No Favorable	Se Aplaza	
Auxiliar Administrativo en Salud	65	27	27	119
Auxiliar en Enfermería	214	90	74	378
Auxiliar en Salud Oral	90	28	25	143
Auxiliar en Salud Pública	60	22	16	98
Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	109	34	32	175
Cosmetología y Estética Integral	33	2	64	99
Mecánica Dental	24		4	28
<b>Total General</b>	<b>595</b>	<b>203</b>	<b>242</b>	<b>1.040</b>

**Fuente:** Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos. Ministerio de la Protección Social

Se continuó con el fomento y apoyo a la formación de especialistas en áreas clínicas mediante la asignación de \$21.573 millones al programa de becas crédito, de los cuales \$11 mil millones corresponden al presupuesto del Ministerio de la Protección Social y \$10.573 millones al del

ICETEX. Con estos recursos se financiaron 816 nuevas becas crédito y se garantizó la continuidad de 1.813 otorgadas en años anteriores. De esta forma, el 68,9% de los 1.189 profesionales que solicitaron en 2009 la beca crédito, la obtuvieron.

El 56% de las becas otorgadas en 2009 financian estudiantes de programas de especialización en Instituciones Públicas y 44% en Instituciones Privadas.

Para el año 2010 se programaron recursos por \$22.000 millones, con los se busca financiar 1.000 becas nuevas y garantizar la continuidad de 1.980 otorgadas en años anteriores. Se destaca finalmente la condonación de 667 becas crédito por un valor de \$17.247 millones.

El INS a través de los convenios de cooperación con instituciones que hacen parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Universidades), vincula a tesistas de pregrado y posgrado, así como a investigadores jóvenes, con el fin de contribuir con la formación de investigadores en salud y biomedicina. En este periodo se vincularon a los procesos de formación 101 profesionales.

De otra parte, en 2010 se inició un trabajo concertado con diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la actualización de los Códigos de Ética Médica y Odontológica, en cumplimiento del Decreto Legislativo 131 de 2010, de tal forma que los mismos incorporen las nuevas realidades derivadas de los cambios en el ejercicio de estas profesiones, la Constitución de 1991, las leyes 100 de 1993 y 1164 de 2007 y las normas procesales.

A través del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio se autorizó la realización de tres sorteos de plazas según el siguiente detalle:

- » Un sorteo para egresados en Medicina realizado el 31 de marzo de 2009, donde se inscribieron 662 profesionales.
- » Un sorteo conjunto para Odontología, Enfermería y Bacteriología celebrados en febrero 13 de 2009 donde se inscribieron 1.420 profesionales, de los cuales fueron seleccionados 301 profesionales.
- » Un sorteo conjunto para Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología en agosto 28 de 2009 donde se inscribieron 1.355 profesionales de los cuales fueron seleccionados 289 profesionales.

El mismo Consejo resolvió 356 casos de profesionales que presentaron dificultades en el cumplimiento del servicio social.

Finalmente, en el período reportado se emitieron 4.616 tarjetas profesionales de médicos y 119 resoluciones de autorización del ejercicio de la anestesiología, para un acumulado de 61.562 médicos generales y 1.931 anesthesiólogos acreditados ante Ministerio. También se expidieron 30 permisos transitorios para el ejercicio de profesionales de la salud extranjeros, en desarrollo de misiones humanitarias y científicas.

## 2.8. Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres

Como consecuencia de las emergencias que con frecuencia se presentan en el país, se creó y organizó el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD) que tiene como uno de sus objetivos el definir las responsabilidades de los organismos públicos, privados

y comunitarios en las fases de prevención, atención, rehabilitación y reconstrucción frente a los desastres. De manera general, las responsabilidades del sector en el SNPAD son la evaluación de aspectos sanitarios, la coordinación de acciones médicas, el transporte de víctimas, de medicamentos, de insumos médico – quirúrgicos y de más elementos que se requieran para la atención de las emergencias o desastres, la clasificación de heridos, la provisión de suministros médicos, el saneamiento básico, la atención médica de albergues, la vigilancia y el control epidemiológico. A partir de la entrada en vigencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud el cumplimiento a estas funciones resulta posible a través de la red hospitalaria pública y privada, de los diferentes aseguradores en el sistema y de las secretarías seccionales y locales de salud.

Con el propósito de fortalecer la respuesta sectorial del orden nacional, regional y local frente a la ocurrencia de emergencias o desastres, en el último año se asignaron recursos a diferentes entidades territoriales para el apoyo de los Centros Regionales de Reserva y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, como se muestra a continuación:

**Cuadro No. 29**  
**Programa de Atención de Emergencias Sanitarias**

Distribución	Valor (Millones de pesos)
Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva	480.0
Fortalecimiento del Centro Nacional de Comunicaciones, Sala de Atención de Crisis y Plan Sectorial de emergencias	152.5
Transporte y evacuación de emergencias	356.0
Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias	
Dirección Seccional de Salud de Antioquia	40.0
Secretaría Departamental de Salud de Cesar	40.0
Departamento y Secretaria de Salud de Risaralda	40.0
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	40.0
Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud de Sucre	40.0
Centros Regionales de Reserva	
Instituto Departamental de Salud de Caquetá	10.0
Secretaría de Salud de Cundinamarca	10.0
Instituto Seccional de Salud de Quindío	10.0
Fondo Departamental de Salud del Meta – Secretaría de Salud del Meta	10.0
Departamento Administrativo de Salud de Putumayo – Secretaría de Salud de Putumayo	10.0
Total	1.288.5

*Fuente: Grupo de Emergencias y Desastres. MPS. Resolución No. 093 de 2010.*

De otra parte, a través del Programa de Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres, para el año 2009, se asignaron \$1.000 millones los cuales se invirtieron en las siguientes líneas de acción:

- » Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres. Se realizó un programa de capacitación al recurso humano del sector en el tema Planeamiento Hospitalario para Emergencias, beneficiándose 210 instituciones de salud de la red hospitalaria del país y se consolidaron los planes de emergencias en cinco (5) instituciones ubicadas en área de influencia del Volcán Cerro Machín en los departamentos de

Tolima, Quindío y Cundinamarca así: Hospital ESE Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima, Hospital ESE San Juan de Dios de Armenia – Quindío, Hospital ESE La Samaritana de Cundinamarca, Hospital ESE La Misericordia de Calarcá -. Quindío y ESE Hospital Santa Lucía de Cajamarca –Tolima. Para el presente año se consolidarán los planes de emergencia de cuatro (4) hospitales de alta complejidad en el país.

- » Fortalecimiento de la Red de Comunicaciones del Sector a través de la adquisición de un equipo de grabación para fortalecer la Sala de Crisis del Ministerio de la Protección Social.
- » A través de un convenio interadministrativo con la Universidad Nacional de Colombia, se continuó la prestación del servicio de asesoría técnica y manejo de urgencias y emergencias toxicológicas en todo el país.
- » En relación con la Protección a la Misión Médica, en el último año se avanzó en la señalización de las instituciones prestadoras de servicios de salud ubicadas en zona de alto riesgo de ser afectadas por situaciones de orden público, se realizó la reproducción de material emblemático y de identificación del personal de salud y se llevaron a cabo procesos de capacitación del recurso humano de salud en los departamentos de Huila, Chocó, Norte de Santander, Bolívar y Caquetá.
- » Para la actual vigencia, en el tema Asistencia y Prevención en Emergencias y Desastres están en ejecución recursos por valor de \$1.000 millones.

### Telemedicina

En la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, año 2009, segunda fase se beneficiaron (90) IPS públicas en la modalidad de telemedicina básica y 13 de esas IPS públicas en tele cuidado intermedio; el desarrollo de esta fase se realizó con el apoyo de los Centros de Referencia que tienen experiencia en el país en esta modalidad de prestación de servicios (Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Caldas y Fundación Cardiovascular de Colombia). Resaltamos los aportes realizados por el Programa COMPARTEL del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, entidad que proporciona la conectividad para las instituciones prestadoras de servicios de salud; en este sentido se realizaron 3.491 actividades telemedicina básica, 5.404 ayudas diagnosticas (tele Rx, Ekg), 1.790 tele cuidado intermedio.

Dada la experiencia y los resultados obtenidos en las dos primeras fases, en el primer semestre del 2010 se da continuidad a las noventa (90) IPS públicas correspondientes a la primera, segunda fase y se amplía a cincuenta (50) nuevas instituciones, para un total de 140 instituciones participan en la modalidad de telemedicina básica, 33 de esas IPS públicas se benefician en la modalidad de tele cuidado intermedio, 13 se encuentran en operación y 20 en fase de implementación.

### Transporte Aéreo Medicalizado

Se consolidó una alianza entre el Ministerio de Defensa Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana, la Agencia Logística de las Fuerzas Militares y el Ministerio de la Protección Social, con el propósito de ofrecerle al país, a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la ciudadanía en general, un transporte aéreo medicalizado con calidad, componente esencial de la Red Nacional de Urgencias. El servicio pretende no sólo garantizar el acceso de la población a los centros especializados o el traslado entre hospitales, sino también la atención de

emergencias y desastres, la remisión de equipos, insumos y recurso humano especializado y el transporte urgente de órganos con destino a un transplante.

Con los recursos para el Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias de las vigencias 2008 y 2009, se dispusieron de \$43.500 millones para la compra de cuatro aeronaves y la logística necesaria para ofrecer un servicio de Traslado Aéreo Medicalizado, así como para la construcción y dotación del Centro de Recuperación de Personal y la adquisición y dotación de equipos para las unidades de salud ubicadas en diferentes puntos del territorio nacional, que apoyan la respuesta en la atención médica para la población.

Para contribuir al logro de los objetivos propuestos, en el año 2009, se contó con la adición de \$1.000 millones para fortalecer la dotación del Centro de Recuperación de Personal, la adquisición de una ambulancia medicalizada y la medicalización de dos aviones adicionales.

### Salud Rural y Apoyo a Programas de Desarrollo Social

La finalidad de este Programa es desarrollar actividades que permitan una mejor calidad de vida para la población rural y sin capacidad de pago del país en municipios de menos de 50 mil habitantes, esto a través del desarrollo de actividades y programas que mejoren la prestación de los servicios de salud dirigidos a esta población.

Para periodo julio 2009\_diciembre de 2009, en coordinación con la Dirección General de Calidad de los Servicios de Salud, se distribuyeron recursos por un valor de \$7.399 millones. Con estos recursos se apoyaron proyectos de cofinanciación a 164 instituciones de salud de todo el país.

Para la vigencia 2010 se asignaron \$ 8.837 millones

**Cuadro No. 30**  
**Recursos Plan Nacional de Salud Rural**

Millones de Pesos

Vigencias	Proyectos Cofinanciados / Entidades Territoriales y/o IPS	Valor
2009 (Jul-Dic)	164	7.399
2010	En proceso de asignación	8.837
TOTAL	164	16.236

Fuente: Grupo de Emergencias y Desastres. MPS.

Con el rubro presupuestal Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud, cuyo objetivo es desarrollar actividades que permitan mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud en instituciones de salud de carácter público en poblaciones urbanas y marginales mayores de cincuenta mil habitantes; se asignaron recursos por valor superior a los \$2.691 millones, los cuales cofinanciaron 53 instituciones de salud de todo el país.

Para la vigencia 2010 se asignaron \$ 2.867,7 millones.

**Cuadro No. 31**  
**Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud**

Vigencias	Proyectos Cofinanciados / Entidades Territoriales y/o IPS	Valor (En millones de pesos)
2009	53	2.691,3
2010	En proceso de asignación	2.867,7
Total	53	5.559.0

Fuente: Grupo de Emergencias y Desastres. MPS

## 2.9 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional

### 2.9.1 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, es una IPS de Segundo Nivel de Complejidad, Centro de Referencia a Nivel Nacional de Patología Cutánea, tiene como objetivo la atención especializada en piel, la docencia para formar nuevos dermatólogos, la investigación en materia cutánea y el apoyo al Gobierno Nacional en lo de su competencia.

Durante el primer trimestre del año 2010, la entidad incremento el número de dermatólogos, y de horas-dermatólogo, mejorando la oportunidad de citas, indicador que se vio afectado en el segundo semestre de 2009 por la terminación del convenio con la Universidad Javeriana.

Entre las mejoras y logros en los servicios asistenciales, a partir del cuarto trimestre de 2009, el Centro Dermatológico cambió el modelo asistencial y empezó a tener presencia de todas las sub-especialidades dermatológicas, efectuó renovación de equipos en laboratorio clínico y fisioterapia, suscribió el convenio interinstitucional con el INVIMA.

La entidad cuenta con el Plan de Gestión “Apertura y Vitalidad Institucional” 2009-2010, donde se contempla como estrategias: (i) aplicación de procesos de precalificación de laboratorios farmacéuticos, y hasta de productos, para garantizar la calidad de los medicamentos y afines que se dispensan, y (ii) selección de opciones comerciales mediante subasta inversa electrónica, que garantice los principios de la función administrativa y la obtención del mejor precio<sup>3</sup>.

El Centro Dermatológico realizó el 18 de septiembre de 2009, la primera subasta inversa electrónica, obteniendo resultados favorables para la adquisición de productos y medicamentos con un valor inferior al 40% en relación a los precios de compra del año 2008.

De otra parte, el indicador de oportunidad de la cita es complejo y se conforma con el libre juego de la oferta y la demanda de los servicios prestados por el Centro Dermatológico, los cuales están catalogados como no POS, y han ido creciendo en la medida que los pacientes los utilizan sin acudir a las EPS, planes complementarios o medicinas prepagadas.

Los indicadores de gestión y calidad se muestran en los siguientes cuadros:

3. Con la promulgación del Decreto 147 de 1999 se genera la liberación de precios para los productos farmacéuticos, y debe ser el mismo mercado farmacéutico quién se auto regule

**Cuadro No 32**  
**Indicadores de Gestión de Calidad julio 2009- mayo 2010**

Indicador	Resultado
Evaluación Promedio de la Historia Clínica	90 / Meta 90
Tutelas o Demandas por Fallas en el Servicio	0
Oportunidad Respuesta a Manifestaciones del Usuario	2,6 días/ Meta: 3 días

*Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta*

**Cuadro No 33**  
**Indicadores de Gestión del Proceso de Servicio**  
**julio 2009- mayo 2010**

Indicador	Resultado	Meta
Oportunidad de la Cita (días)	15,6	15
Tiempos Promedio de Atención en Cajas (minutos)	7	20
Cumplimiento Promedio del Laboratorio (%)	100	100
Satisfacción del Usuario (%)	98,2	95

*Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta*

### 2.9.2 Instituto Nacional de Cancerología

El Instituto Nacional de Cancerología, como entidad del sector público prestadora de servicios, formadora de profesionales, y centro de investigación en salud ha desarrollado diferentes productos y servicios orientados a satisfacer la demanda en la prestación enfocados a la atención, control y prevención del cáncer.

La contribución del Instituto en el fortalecimiento de las políticas públicas en salud esta enfocada en el diseño y desarrollo de productos y servicios de carácter oncológico, para lo cual desarrolla proyectos encaminados al fortalecimiento organizacional que den cumplimiento a su razón de ser “el control integral del cáncer”. Dentro de los proyectos se puede destacar la ejecución de proyectos para el fortalecimiento de la investigación en oncología, el desarrollo de programas en salud pública, el reforzamiento y reordenamiento estructural. Adicionalmente, el desarrollo de programas de educación formal en convenio con universidades públicas y privadas para la formación de profesionales en el área de la salud en especialidades oncológicas permite complementar la política pública del control del cáncer. Por último, pero no menos importante la prestación de servicios especializados en neurocirugía por neuronavegación esterotáxica; braquiterapia ocular; radioterapia con intensidad modulada (imrt); braquiterapia de próstata; braquiterapia alta (iridium) tasa (cesium); radio cirugía; radiación de productos sanguíneos con propósito de tratamiento; perfusión aislada de miembro con melfalan; cirugía de mohs; trasplante autólogo de medula ósea (tamo); estudios de hematología especial, de inmunogenética, de inmunohistoquímica y receptores hormonales.

Dentro de los servicios ofrecidos por el Instituto como apoyo y complementación a los tratamientos de cáncer se han fortalecido y posicionado programas de atención en salud como el programa de Admisión Institucional que orienta al paciente acerca de la prestación de los servicios por primera vez frente al tratamiento oncológico; el programa de atención denominado Hospital Día, modelo en el cual convergen la preparación y dosificación de medicamentos, consulta médica y de enfermería en una sola área física adecuada para la prestación de servicios de quimioterapia para adultos y niños, con el objeto de aportar al mejoramiento de la calidad de

vida; y el programa de Salud Sexual y Reproductiva el cual tiene como fin brindar orientación a las pacientes en edad fértil (15 a 45 años).

El desarrollo de la gestión del Instituto se evidencia en las siguientes cifras:

**Cuadro No. 34**  
**Producción anual consolidada según tipo**  
**de actividades e indicadores, INC. 2009-2010**

Actividades asistenciales e indicadores	1er. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.	4o. Trim.	Total 2009	1er. Trim. 2010
Consultas totales	41.727	40.453	44.726	27.729	154.635	40.711
Consultas de urgencias	3.046	2.855	2.953	2.853	11.707	2.799
Consultas urgencias pediátricas	70	91	24	27	212	60
Consultas de control	28.190	28.135	31.085	16.294	103.704	27.911
Interconsultas GAICA*	54	92	179	290	615	62
Interconsultas hospitalarias	4.830	4.484	4.956	4.046	18.316	4991
Junta de decisiones	3.407	3.277	3.953	2.336	12.973	2.819
Egresos hospitalarios	1.368	1.181	1.421	1.335	5.305	1.230
Total días estancia egresos	11.815	9.325	12.210	13.254	46.604	12.806
Promedio estancia	8,6	7,9	8,6	9,9	8,8	10,4
Relación consulta egreso	30,5	34,3	31,5	20,8	29,1	33,1
Días cama disponible	13.206	12.927	12.324	13.227	51.684	13.250
Días cama utilizada	11.434	10.890	10.604	11.540	44.468	11.946
Días cama desocupada	1.772	2.035	1.720	1.687	7.214	2.165
Porcentaje de ocupación	86,6%	84,3%	86,0%	87,2%	86,0%	83,7%
Porcentaje de desocupación	13,4%	15,7%	14,0%	12,8%	14,0%	16,3%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Instituto Nacional de Cancerología ESE, (SAP)

\* Grupo de Atención Inmediata en Cáncer

El Instituto desarrolla diferentes proyectos en pro del mejoramiento continuo de sus usuarios y clientes que abarcan el mejoramiento de la infraestructura física, el mejoramiento de la gestión institucional, la investigación, y el desarrollo de programas de vigilancia promoción y prevención para el control del cáncer; el desarrollo de estos proyectos se describen a continuación.

Adicionalmente, el Instituto ha centrado sus esfuerzos en investigación, para lo cual ha definido líneas que permiten identificar las causas de la enfermedad, métodos efectivos de control, planes y políticas de prevención. Estas líneas son: etiología del cáncer; carga de cáncer; investigación en servicios oncológicos; actuar político y cáncer; diagnóstico y tratamiento del cáncer; mecanismos celulares y moleculares del cáncer; control del riesgo y detección temprana y aspectos psicosociales del cáncer.

### 2.9.3 Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia presta los servicios de salud a 56.068 pensionados y sus familias de la extinta Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia ubicados en dieciocho departamentos.

### Cuadro No. 35

#### Beneficiarios del Servicio de Salud por Departamentos

Departamento	Total
Antioquia	3.532
Atlántico	8.048
Bogotá D. C.	6.122
Bolívar	7.206
Boyaca	462
Caldas	787
Cauca	143
Cesar	603
Cundinamarca	3.034
Huila	236
Magdalena	7.328
Meta	65
Nariño	387
Quindío	325
Risaralda	267
Santander	2.533
Tolima	947
Valle	14.043
Total General	56.068

Fuente: FPS – Subdirección de Prestaciones Sociales - Afiliaciones y Compensación -02-2010

La entidad tiene contratados los servicios con IPS que cubren los 76 municipios y adelanta Auditorías Médicas en las diferentes fases de la prestación de los servicios, veedurías y comités locales y regionales de evaluación de servicios de salud.

En el siguiente cuadro se presenta el número de actividades y su promedio por usuario registradas en el período julio 2009 a enero de 2010.

### Cuadro No. 36

#### Actividades Asistenciales del servicio de salud junio 2009 – enero 2010

Nombre Actividad	Numero de Actividades	Promedio Usuario
Consulta Externa de Medicina General	186.281	3,31
Consulta Externa de Medicina Especializada	128.452	2,28
Consulta Externa de Odontología	45.032	0,80
Urgencias	29.216	0,52
Hospitalización	6.094	0,11
Cirugías	1.791	0,03
Exámenes de Laboratorio	354.013	6,29
Procedimientos Diagnósticos	122.832	2,18
Medicamentos Suministrados	2.645.497	47,00
Visitas Domiciliarias	20.318	0,36
Suministro de Complemento Terapéutico	221.090	3,93

Fuente: FPS Datos estadísticos remitidos por las IPS contratadas por el FPSFCN.

En el cuadro anterior se puede concluir que en promedio durante el período registrado, cada usuario afiliado asistió 3.31 veces a consulta de medicina general y 2.28 veces a consulta de medicina especializada. De igual manera se observa que por usuario, estas consultas generan en promedio 47 medicamentos, 6.29 exámenes de laboratorio y 2.18 procedimientos diagnósticos. El promedio de atenciones de urgencias por usuario corresponde a 0.52 y las hospitalizaciones por usuario están en promedio en 0.11; por otra parte, durante el periodo reportado se recibieron ochocientas diez quejas relacionadas con la prestación de servicios de salud en todo el país, las cuales se tramitaron en un 95%.

### 2.9.4 Sanatorio de Contratación

El Sanatorio de Contratación ESE, tiene como misión fundamental el manejo de la enfermedad de lepra, así como la prestación de servicios de salud de primer nivel a la población del municipio de Contratación y región del Opón.

#### Programa Hansen (Lepra)

En el periodo 2009-2010 se diagnosticaron dos nuevos casos de lepra; se asignaron cincuenta y siete subsidios de tratamiento de lepra. La prestación de servicios de primer nivel a los pacientes de enfermos de lepra, albergados y residentes en el municipio de Contratación (Santander), y población en general afiliada a EPS y ARS con presencia en el municipio de Contratación se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 37**  
**Resumen de Servicios Prestados por el Sanatorio**  
**2009 – 2010**

Servicio	Pacientes de Hansen	Población en General
Consulta Externa	1.529	7.281
Consulta Urgencias	139	1.743
Servicio Hospitalización	205	311
Procedimientos Odontológicos	127	6.059
Laboratorio Clínico (Exámenes)	3.109	11.851
Terapia Física	3.073	1.930
Terapia Respiratoria	27	39
Pacientes curación diaria de úlceras	128	
Supervisión a pacientes en Tratamiento Activo	7	

*Fuente: Sanatorio Contratación*

En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello, se presta servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería a ochenta y tres enfermos de lepra con alto grado de discapacidad.

En conjunto con la ONG AYU (ayuda alemana) y PROSPERAR, el programa lepra de la entidad entregó elementos de apoyo técnico y económico a once pacientes entre los cuales se destaca la entrega de muletas, sillas de rueda, bastones, caminadores, prótesis, calzado ortopédico, aceites, cachuchas, guantes de protección.

Se suscribió un Convenio con el SENA, para la realización de eventos de capacitación y formación en producción sostenible en proyectos productivos como horticultura y piscicultura, en procura de la rehabilitación psico-social de los pacientes.

### 2.9.5 Sanatorio de Agua de Dios

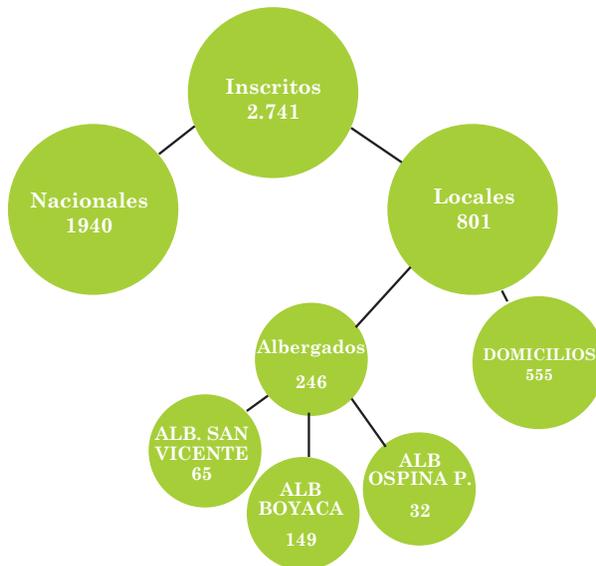
En el 2009 se presentó un descenso del 3.47% en la adherencia al tratamiento con respecto al año anterior, esto debido al incumplimiento de los usuarios de municipios cercanos para los controles de tratamiento para los usuarios en tratamiento residentes en el municipio de Agua de Dios, su adherencia fue del 100%.

La incidencia de lepra en Agua de Dios en los años 2008 y 2009 se mantuvo en un promedio del 6.78 por 10.000 habitantes, cifra alta debido a que el municipio históricamente tiene alta carga de la enfermedad, pero que debe sopesar el factor de riesgo existente en Agua de Dios, con un 10% de la población que es enferma de Hansen y el periodo de incubación de esta enfermedad puede durar entre 1 y 20 años.

La prevalencia presentó un leve descenso con respecto al 2008, pero está por encima del promedio nacional que es menor de 1 caso por cada 10.000 habitantes, por lo cual se tiene como objetivo reducir la carga en un 50%.

El Sanatorio de Agua de Dios ofrece dentro de la valoración integral las siguientes disciplinas de Fisioterapia dotada de alta tecnología y de un profesional idóneo; y ofertó para este periodo las especialidades en: Trabajo Social, Enfermería, Odontología, Nutrición, Gerontología, Psicología para lograr una atención más personalizada hacia el usuario Hansen. Con el propósito de brindar ayuda a la población afectada por la enfermedad de Hansen, se han entregado un total de 2.741 subsidios como se presenta en el siguiente gráfico.

**Gráfico No.4**  
**Distribución De Subsidios**  
**2009 – 2010**



Fuente: Sanatorio Agua de Dios

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los servicios prestados en el período por parte del Sanatorio de Agua de Dios.

**Cuadro No.38**  
**Prestación de Servicios**  
**2009 – 2010**

Nombre de Actividad	Jul. – Dic. 2009	Ene. - Mar. 2010
Consulta medica general	5.226	1.639
Consulta medica urgencias	3.476	1.236
Promoción y prevención	7.206	2.551
Laboratorio	8.205	2.817
Odontología	5.647	2.763
Terapia física	3.765	1.589
Radiografías	588	138
Traslado de pacientes a consulta especializada	405	211
Electrocardiograma	352	109
Ingresos Hospitalarios	81	33

*Fuente: Sanatorio Agua de Dios*

**2.9.6 Caja de Previsión Social de Comunicaciones**

La Evolución observada en el Número de Afiliados en el Régimen Subsidiado, entre julio 2009-Marzo 2010, registrada bimestralmente fue la siguiente:

**Cuadro No. 39**  
**Afiliados Régimen Subsidiado**  
**julio 2009 - marzo 2010**

Meses	Número de Afiliados	%Variación
Julio 2009	3.480.889	
Septiembre 2009	3.538.037	1.64
Noviembre 2009	3.324.982	-6.00
Enero 2010	3.271.792	-1.60
Marzo 2010	3.558.822	1.10
Abril 2010	3.366.717	

*Fuente: Caprecom. Afiliación y Registro*

La variación en el número de afiliados julio 2009 - marzo 2010 fue de 148.797 personas (4.4%).

**Prestación de Servicios de Salud**

Actualmente la red de atención de servicios para los afiliados en todo el país cuenta con 25 establecimientos propios, entre Centros de Atención Ambulatoria, Clínicas y Hospitales con la siguiente distribución territorial: Amazonas (1); Arauca (1); Atlántico (1); Bogotá (1); Cauca (1); Chocó (9); Guainía (1); Guaviare (1); Guajira (1); Nariño (1); Putumayo (1); San Andrés (2); Tolima (1); Valle (1).

La red de prestación de prestación de Servicios, a través de establecimientos administrados por Caprecom, está conformado por 110 establecimientos distribuidos territorialmente así: Chocó (34); Atlántico (4); Bolívar (3); Cauca (1); Cundinamarca (2); Nariño (3); Santander (2); Putumayo (1); San Andrés (2); Caldas (3); Guaviare (2).

A abril 30 de 2010, la red de IPS a cargo de Caprecom, estaba conformada de la siguiente manera:

IPS Propias = 25

IPS Administradas = 110

IPS operadas por CAPRECOM = 4

IPS propias tercerizadas = 2.

Durante el periodo julio 2009 - abril 2010, la red de prestación de servicios registró un importante crecimiento mediante la adquisición, arrendamiento o tercerización de IPS para atender los requerimientos de nuevos afiliados, inducidos por la reestructuración de Hospitales Públicos y la liquidación de las ESE del ISS. El Gobierno Nacional, delegó en Caprecom la prestación de los servicios a esta población que venía recibiendo atención de las Entidades liquidadas y además, con el propósito de aumentar la cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el Régimen Subsidiado, a nivel Nacional.

Igualmente, Caprecom por delegación del Gobierno Nacional, asumió la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud que prestaba la liquidada Redehospital de la ciudad de Barranquilla. En desarrollo de este proceso, se recibieron 41 Centros de Salud de Primer Nivel, 6 Unidades Materno infantiles de 24 Horas, (UMI Playa, Flores, Alboraya, Santa María, Juan Mina, Chinita.) dos hospitales de Primer Nivel, un Hospital de Adultos de II nivel y un Hospital de II nivel Pediátrico.

Con el propósito de mejorar la gestión, se reformó el modelo de atención, articulando los centros de salud, a los cuales se les denominó pasos (Puntos de Atención en Salud Oportuna Ambulatoria). Se contó con la participación de los caminantes de la salud, personas que se encargan de brindar educación en salud y orientar a los usuarios sobre sus derechos y deberes en la atención de salud; en estos Pasos se remiten los usuarios a los Pasos Tipo B (Hospitales de Primer Nivel) donde se brinda asistencia médica, hospitalización de baja complejidad, suministros de medicamentos y realización de estudios básicos de imagenología. De ahí se deriva la atención a los Caminos (Hospitales de 2do Nivel).

La Red Pública Distrital de Barranquilla, se complementó con la Red Pública Departamental (Hospital Niño Jesús de referencia para Las Flores, San Salvador y Siape y el Hospital CARI) para la atención hospitalaria y quirúrgica de alta complejidad y por la Red privada para las atenciones no disponibles en estos centros.

Con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población del Distrito de Barranquilla, se implementó la estrategia de atención primaria en salud para la población barranquillera. Desde "Salud en mi casa" se integran Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud conformados por profesionales de la salud y equipos extramurales, encargados de identificar factores de riesgos ambientales y de salud, en los niveles individual, familiar y comunitario.

Frente a las necesidades de la población del Chocó en el Servicio de Salud, en julio del 2009, Caprecom IPS Chocó y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), iniciaron el desarrollo de un modelo de atención integral en salud, a través de las unidades móviles apoyadas desde los prestadores fijos en las cabeceras municipales.

Se diseñó una prueba piloto para el establecimiento de un Equipo Móvil de Salud (EMS) en el municipio del Litoral del San Juan con una cobertura de 3.459 personas de un total de 12.628, con 5.136 actividades.

El modelo de atención se fundamenta en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, desarrollándose en el contexto extramural de las instituciones prestadoras de servicios de salud; y se

enmarca en la propuesta de Atención Integrada e Integral para el Chocó a través de la conformación y puesta en funcionamiento de (5) microrredes, a saber: Atrato, Pacífico, Quibdó, San Juan de Condoto y San Juan de Itsmina.

La operación de la ESE Salud Chocó se inició bajo convenio interadministrativo del 1 de octubre de 2009, entre esta institución en intervención y Caprecom. Se recibieron 26 Centros de Salud entre los que se encontraban 2 Hospitales de I nivel en Unguía y Acandí.

Para hacer eficiente estas instituciones, Caprecom asumió la totalidad de la nómina de las IPS de los municipios del Chocó, organizó líderes de procesos y los capacitó, remodeló centros de salud más críticos, tales como: Nuquí, Pizarro, Juradó, Alto Baudó y Riosucio.

Dada la experiencia y dando alcance a los convenios anteriormente suscritos y con el fin de dar continuidad en la prestación de los servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina, se suscribe entre el Ministerio de la Protección Social y CAPRECOM un contrato Ínter administrativo No. 641 del 30 de diciembre de 2009; en el cual se establece en la cláusula primera: Objeto: Desarrollo de la tercera fase del Programa de Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias en sus tres componentes, dar continuidad y ampliar a nuevas IPS la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina.

El consolidado de atenciones de Telemedicina básica en general, registra un total de 1992 teleconsultas especializadas, 1698 ayudas diagnósticas entre 1124 Tele Rayos X y 574 Tele electrocardiografías, y en Tele Cuidado Intermedio 447 pacientes han sido atendidos.

Se suscribió el Contrato de Aseguramiento No. 1172 del 22 de julio de 2009, entre Inpec y Caprecom, para adelantar el proceso de afiliación y carnetización de la población reclusa, contando actualmente con 70.452 afiliados activos, de los cuales 4.061 o sea el (6%) corresponden a afiliados asegurados con Caprecom en municipios.

Actualmente la Entidad, presta el servicio de salud en 141 establecimientos a cargo del Inpec, de los cuales 82 establecimientos (58%), cuentan con atención intramural y en el 42% restante, se presta el servicio por medio de jornadas, a través de la modalidad de contratación

## 3. SALUD PÚBLICA

En el año 2009 el Gobierno Nacional aumentó en 47% el presupuesto para el desarrollo de las estrategias del Plan Nacional de Salud Pública en el ámbito nacional, con una apropiación de \$280.354 millones, los cuales fueron ejecutados en un 98%. De dichos recursos, se transfirió el 25% a las entidades territoriales a fin de fortalecer los programas de ETV, Lepra y TBC. Fue así como se transfirieron recursos de funcionamiento e inversión por la suma de \$ 67.151.2 millones.

De otra parte, en el 2009 se realizó seguimiento de los planes de salud territoriales de 23 entidades territoriales<sup>4</sup>, correspondiente al segundo semestre de 2008 de acuerdo a la información del Plan operativo Anual 2008, como resultado se obtuvo que esas entidades asignaron \$169.826 millones para financiar planes territoriales de salud y presentan al momento de evaluación una ejecución financiera del 71,8% y un cumplimiento en metas de producto del 62.1%.

### 3.1 Salud Infantil

A fin de reducir la mortalidad infantil el Ministerio de la Protección Social viene liderando desde Salud Pública la implementación de las estrategias IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) y AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia), así como la promoción de la lactancia materna y el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI. A continuación se resalta las actividades y logros realizados en PAI y AIEPI en el 2009, las demás estrategias se relacionan en la sección de nutrición.

#### Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

La inversión nacional en el PAI aumentó en el 2009 en 17,5% con respecto al año anterior, pasando de \$99.513 millones de pesos a precios constantes de 2010 a \$116.987 millones en el 2009, este aumento obedeció a la inclusión de nuevos biológicos al esquema, tales como:

Inclusión de la vacuna contra la Influenza estacional para adultos mayores de 50 años de alto riesgo.

Inclusión al esquema de la vacuna contra el Rotavirus para todos los niños y niñas menores de un año, esto significó una inversión adicional de \$30.000 millones/año en biológicos y \$5.000 millones para campañas de comunicación, esta vacuna permitirá reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda.

En el año 2009 se incluyó la vacunación a todos los niños menores de 1 año de los 10 departamentos con mayores tasas de mortalidad por infección respiratoria (Caquetá, Amazonas, Cauca, Vichada, Guainía, San Andrés y Providencia, Chocó, Putumayo, Guaviare y Vaupés), beneficiando a cerca de 70.000 niños. Con esta vacunación se espera reducir la mortalidad infantil por infecciones respiratorias que actualmente ocasiona el 14% de las muertes.

4. No se incluye Amazonas, Arauca, Atlántico, Chocó, Risaralda, Santander, Vaupés, Bolívar, Caldas, Cartagena, La Guajira, Guainía por cuanto no informaron la ejecución de sus planes territoriales de salud.

Adicionalmente, se gestionó ante el DNP la asignación de \$10.000 millones de pesos mediante Conpes 123/2009 para la ampliación de la red de frío del PAI del país (refrigeradores, cuartos fríos, termos, etc.) en respuesta a la introducción de nuevos biológicos al programa.

En el 2009 de las 36 entidades territoriales del país, 13 lograron coberturas de vacunación con terceras dosis de polio mayores del 95% en menores de un año (VOP3); sólo Vichada presentó cobertura de vacunación inferior a 50% (crítica).

**Cuadro No. 40**  
**Coberturas de Vacunación con todos los Biológicos**  
**2008 – 2010**

Biológico	% Cobertura*		
	2008	2009	2010*
Polio	92,0	92,1	20,8
DPT	92,2	92,2	20,8
BCG	92,6	90,2	19,9
Hepatitis B	92,2	92,2	20,8
HIB	92,1	92,2	20,8
Triple viral	92,4	95,5	21,4

*Fuente: MPS-DGSP/PAI. Basado en proyecciones de población del censo DANE 2005*

*\* La información del 2010 se presenta con corte a marzo de 2010.*

Además del PAI, se fortaleció la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, resaltando los siguientes logros en el 2009.

### **Estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI**

Inversión de \$1.500 millones en el 2009 y \$1.200 millones para el año 2010, para implantar esta estrategia a fin de disminuir la mortalidad y morbilidad en niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar.

Actualización de los subcomponentes: salud oral, epilepsia, asma, obesidad y diabetes en el componente clínico de la estrategia AIEPI de Colombia.

Actualización y validación del componente clínico con expertos en el 2009 y para el año 2010 se tiene contemplado el lanzamiento del manual clínico actualizado.

Ajuste y actualización del material educativo de la estrategia AIEPI dirigido a los profesionales de salud en los componentes de tos, diarrea, oído, garganta y desarrollo e implantación de estrategias de movilización social.

Actualización del modelo de atención de la primera infancia en el marco de la normatividad colombiana vigente, insumo necesario para visualizar en el territorio la articulación de los componentes de la estrategia AIEPI.

Asistencia técnica para la construcción de los planes operativos de AIEPI en 25 departamentos, identificando la situación de cada componente.

### 3.2 Salud Sexual y Reproductiva – SSR

La inversión en SSR en el 2009 fue de \$ 8.729 millones de pesos y aumentó en el 2010 a \$13.541 millones de pesos a precios constantes 2010; la asignación de los mismos se realiza en el marco de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enfocándose en la promoción del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población. De lo anterior, se resalta:

#### Maternidad segura: Equidad y mayor acceso a los servicios

En el 2009, 15 departamentos (Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Bogotá D.C., Cundinamarca, Tolima, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia, Caldas, Meta, Santander, Nariño y Huila) tienen implementada la estrategia de vigilancia de la morbilidad materna extrema para el manejo oportuno y adecuado de las emergencias obstétricas.

Todos los departamentos elaboraron planes integrados de reducción de la mortalidad materna; igualmente el Ministerio definió los Lineamientos Estratégicos para la reducción de la Mortalidad Materna en Colombia.

#### Planificación familiar

El MPS, a través de la Comisión de Regulación en Salud CRES, ratificó la inclusión del suministro de los métodos modernos en el Acuerdo 008 de 2009, incluyendo anticoncepción de emergencia. Adicionalmente, se desarrollaron estrategias de comunicación para promoción de derechos sexuales y reproductivos

#### Salud sexual y reproductiva de adolescentes

En el 2009 se invirtió \$2.348 millones para realizar capacitación, asistencia técnica de actores y seguimiento a la gestión de las acciones de salud sexual y reproductiva de adolescentes, prevención y atención de ITS; VIH SIDA y de la violencia domestica y sexual en los departamentos de Antioquia, Bolivar, Cesar, Chocó, Santander, Putumayo, San Andres y Valle del Cauca, en el marco del Proyecto de Promoción de derechos y redes constructoras de Paz de la Presidencia de la República.

Se realizó asistencia a las entidades territoriales a fin de fortalecer la implantación del modelo de atención de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

#### Infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA (ODM 6)

En Colombia la prevalencia general del VIH se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento; en el año 2009 se notificaron 4.664 hombres y 2.116 mujeres para un total de 6.780 personas con VIH/sida o muerte, es decir 15 casos notificados por cada 100.000 habitantes, de estas el 4.960 corresponden al VIH, 1.281 a sida y 539 a muertes relacionadas con el VIH.

Se diseñaron e implementaron estrategias de coordinación intersectorial entre salud y educación y se desarrollaron procesos de desarrollo social, para la integración de acciones, las rutas de atención y formación del recurso humano necesario para responder a las necesidades y vacíos en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

Adicionalmente, se realizó como parte de la estrategia de reducción de la transmisión perinatal de VIH una inversión de \$3.000 millones, examinando a 353.333 gestantes de las cuales 515

(0,14%) se diagnosticaron con VIH, a las cuales se suma 83 gestantes que tenían un diagnóstico previo de VIH, para un total de 598 gestantes con VIH en 2009; de las cuales, 441 (73.7%<sup>5</sup>) han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico (dato preliminar). En el año 2008, el 97,7% de las gestantes recibió tratamiento antirretroviral profiláctico.

De 198 gestantes con VIH que tuvieron parto en 2009, sus hijos (199 nacidos vivos) recibieron fórmula láctea para complementar las medidas de prevención de la adquisición de la infección en el posparto por vía de lactancia materna, de éstos 3 fueron diagnosticados con la infección (1,5%), valor menor al 1,8% del año 2008.

Teniendo en cuenta que sin intervención se hubiera esperado 167 casos (28%) con infección por VIH, se puede concluir que en 2009, se evitó que 164 niños nacieran con el Virus del VIH.

### Promoción del acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR y de Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE

Durante el 2009, el MPS en cumplimiento de la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 de 2006 y en su deber de garantizar la provisión de servicios de salud seguros y regular la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo-IVE en los casos y condiciones despenalizados por la Corte Constitucional; 1. Identificó las barreras para el acceso a servicios integrales de IVE; 2. Identificó los prestadores de servicios de salud de las EPS que garantizan la atención de la IVE a la población afiliada, la cual puede ser consultada en la página web del MPS; y 3. Conformó una mesa de trabajo con ONGs, sociedades científicas, la Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaría de Salud del Distrito Capital de Bogotá, para posibilitar, de manera más expedita, el cumplimiento de la sentencia.

De otra parte, el Instituto Nacional de Salud, con el fin de asegurar la calidad en el diagnóstico de sífilis, realiza 2 evaluaciones externas del desempeño, las cuales evalúan la capacidad técnica de los laboratorios así como también se genera una educación continuada por medio de actualización en características de los microorganismos de importancia en salud pública.

**Cuadro No. 41**  
**Número de casos de Sífilis notificados**  
**2009 – 2010**

Evento	Jul. – Dic. 2009	Ene. – Feb. 2010
Sífilis Congénita	853	279
Sífilis Gestacional	1.819	582

**Fuente:** Instituto Nacional de Salud.

El Cuadro anterior presenta el número de casos de sífilis registrados entre julio de 2009 y febrero de 2010

### 3.3. Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis

Para el desarrollo de acciones en prevención y control de enfermedades transmisibles y zoonosis, el Ministerio destinó \$60.920 millones de pesos en el 2009 de los cuales el 85,8% fueron transferidos a las entidades territoriales para fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia

5. Datos Preliminares

y control a nivel local en pro de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio y enfrentar el mayor riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores ETV por el fenómeno del Niño.

Entre las acciones desarrolladas por el MPS en el 2009 se tiene: la actualización de las guías entomológicas y clínicas de las ETV; realización de asistencia técnica; apoyo a la implementación de planes de contingencia e investigación operativa; suministro de toldillos, medicamentos y otros insumos para la prevención y control de las ETV, la lepra, tuberculosis y rabia.

Se alcanzó la meta de cobertura de control a nivel nacional con vacuna de fiebre amarilla en población de 1 a 60 años la cual es cercana a 80%, en las zonas de riesgo es superior a 95%. En 2009 se reportaron 4 casos de fiebre amarilla.

De otra parte, en el 2009 la Organización Mundial de la Salud aprobó el proyecto de Colombia, para el acceso a medicamentos para el tratamiento de tuberculosis resistente a los fármacos para 125 pacientes a través del mecanismo Luz Verde.

El número de casos por enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis se presentan en el cuadro siguiente, el INS para el monitoreo, seguimiento y control de estas enfermedades ha realizado acciones de promoción y prevención.

**Cuadro No. 42**  
**Número de casos por Rabia, Tifus, Rubéola y Varicela**  
**2009 -2010**

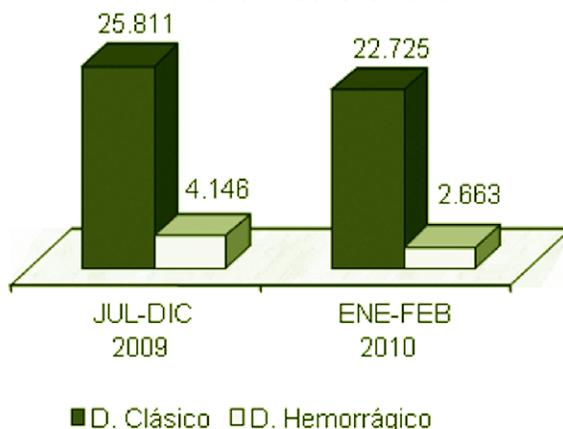
Evento	2008-2009	2009 -2010	% VARIACIÓN
Rabia Humana	2	2	0%
Rabia Animal	3	1	-67%
Tifus por Pulgas	53	38	-28%
Fiebre Amarilla	7	0	-100%
Rubéola	87	668	767%
Varicela	59.676	29.373	-51%

*Fuente: Instituto Nacional de Salud*

Como se puede observar en el cuadro anterior, el número de casos registrados en el SIVIGILA de los eventos como rabia animal, tifus por pulgas, fiebre amarilla y varicela ha disminuido en comparación con el periodo anterior.

Ante la situación de aumento de casos de dengue en las zonas endémicas del país desde finales del año del 2009, el Instituto Nacional de Salud ha priorizado los departamentos más críticos, realizando la asistencia técnica a nueve entidades territoriales y la comunicación de los principales hallazgos y compromisos adquiridos por las Secretarías de Salud a los Gobernadores y Alcaldes, realizando seguimiento a los planes de contingencia así como a los planes locales y de mejoramiento.

**Gráfico No. 5**  
**Número de casos por Dengue Notificados**  
**Julio 2009 – febrero 2010**



*Fuente: Instituto Nacional de Salud.*

### 3.4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Durante el 2009, en cumplimiento del Convenio marco de lucha antitabaco, ratificado por Colombia en diciembre de 2006<sup>6</sup>, y en pro de reducir la demanda y la oferta del tabaco, uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas, el Ministerio gestionó ante el Congreso de la República la expedición de la Ley 1335 de 2009 y expidió la reglamentación sobre etiquetado y empaquetado.

En el 2009, se conformó la Mesa intersectorial de Enfermedades Crónicas y se llevó a cabo el Primer Simposio Nacional de Enfermedad Crónicas, a fin de articular las acciones intersectoriales e interinstitucionales en materia de vigilancia y control de las enfermedades crónicas. Igualmente, se desarrollaron los lineamientos técnicos para la promoción de estilos de vida saludables y los lineamientos para la prevención de enfermedades crónicas y propuesta de plan sectorial.

Con respecto al Hipotiroidismo Congénito, en el período de julio a diciembre de 2009 el Instituto Nacional de Salud registró 71 casos. En los dos primeros meses del año 2010, fueron notificados un total de 37 casos, siendo mayor la frecuencia porcentual de presentación en el sexo masculino con 20 casos que representan el 54%, y en el sexo femenino 17 casos que representan el 46%.

### 3.5. Salud mental y reducción de la demanda y consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA

Con una inversión de \$6.689 millones de pesos en el 2009, se logró la creación de 29 comités departamentales y municipales de prevención y control de drogas; el desarrollo del sistema de gestión estratégica para la construcción de los planes territoriales intersectoriales de reducción del consumo de SPA, el Modelo de Inclusión Social para consumidores de SPA, modelo de base comunitaria y enfoque participativo y la formulación del Plan Nacional de Formación para el

6. Ley 1109 de diciembre de 2006. Por la cual Colombia adhiere al Convenio Marco de Lucha Antitabáquica Declarado exequible mediante Sentencia C-655 de 29 de agosto de 2007.

Mejoramiento de la Capacidad Institucional y Comunitaria en Consumo de SPA, VIH y otras situaciones asociadas (CRIC I y CRIC II).

Además, se financió y acompañó técnicamente a 18 proyectos en 17 municipios y 11 departamentos para el desarrollo y operación de la estrategia de “Zonas y Centros de Escucha Comunitaria” (gestores sociales) para la prevención del consumo de SPA, la promoción de la salud y la mitigación del impacto del consumo de SPA en las comunidades. De igual manera se apoyó financieramente 9 proyectos de “zona de orientación escolar” ZOE en 9 instituciones educativas de 7 departamentos del país que buscan conformar redes de apoyo comunitaria y brindar recursos institucionales para la reorientación de casos con trastornos mentales.

De otra parte, se apoyó la elaboración de los planes de acción de organizaciones juveniles del país para el desarrollo de acciones de prevención y mitigación del consumo con pares en 15 departamentos y 17 ciudades del país.

En alianza con el Ministerio de Educación Nacional, se desarrolló el Módulo de Orientaciones Pedagógicas para la Promoción de Estilos de Vida Saludables y se incluyó el componente de salud mental en APS en el marco del programa de Escuelas Saludables y en las zonas de orientación escolar, para que en estos ámbitos se realice prevención del consumo de SPA y tamizaje, canalización y primeros auxilios en salud mental. Al respecto se resalta la experiencia exitosa de escuelas saludables en Risaralda.

Se elaboraron los modelos de tamizaje y evaluación de problemas de consumo de SPA; de salud mental en APS y el de Redes de Atención Primaria en Salud-APS en salud mental y consumo de SPA, los cuales están siendo implementados a nivel nacional y territorial a través del plan nacional de salud mental; adicionalmente se incluyeron en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes a fin de construir sistemas de detección temprana, referencia y contrarreferencia.

Se gestionó con el Fondo Nacional de Estupefacientes FNE, la provisión de medicamentos para farmacoterapia de personas adictas a heroína. En el año 2009 se trabajó en 3 departamentos y 3 municipios para la integración de estrategias comunitarias con los actores de las redes del buen trato y los ejecutores territoriales de la política de reducción de la demanda de SPA en municipios y departamentos.

Se desarrolló la guía rehabilitación basada en la comunidad en salud mental y se capacitó a líderes comunitarios de población en situación de desplazamiento en tamizaje, canalización y rehabilitación.

Se validó los instrumentos de tamizaje para Colombia y se estandarizaron tres instrumentos específicos para la detección temprana de alteraciones en la salud mental (Apgar familiar, SQR, RQC) y se elaboró la guía de primeros auxilios en salud mental en emergencias y desastres.

Finalmente, se desarrolló una ruta nacional de atención en salud mental para el tamizaje, detección y canalización de pacientes en el marco del componente de salud mental en APS y adecuación de rutas en 4 departamentos y 15 municipios en el marco del convenio con la OIM.

### 3.6. Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN

En el marco de la Política de SAN, en el 2009 el Ministerio invirtió \$5.726 millones, los cuales se ejecutaron a través de un Convenio de cooperación con el Programa Mundial de Alimentos, Acción Social y Unicef, quienes aportaron \$3.671 millones de pesos adicionales; el convenio abordó cuatro líneas de acción: política de SAN; estrategia Resa CUNA; lactancia materna y asistencia técnica.

Como resultado de la línea de política de dicho convenio se elaboró una propuesta de Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, concertado con la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria CISAN (creada mediante Decreto 2055/2009)<sup>7</sup>, dicho plan busca operar la Política Nacional de SAN, define presupuesto, proyectos y estrategias para su implantación; igualmente, es una guía para la formulación de planes territoriales de SAN de entidades; se realizó asistencia técnica a 19 departamentos 3 distritos y 9 municipios<sup>8</sup> los cuales ya cuentan con planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional; en esta misma línea se inició el observatorio de SAN con apoyo de la FAO.

De otra parte, se implementó la estrategia ReSA-CUNA (Red de Seguridad Alimentaria-Culnaria Nativa) en los municipios de Tumaco, Buenaventura, Quibdó y Guapi, priorizados por el Ministerio de la Protección Social, con un total de 7.990 familias beneficiarias. El objetivo de dicha estrategia es reconocer la importancia del aporte nutricional de productos autóctonos de cada región y mejorar el uso de alimentos típicos en menús saludables, para lo cual se capacita en manejo de alimentos, aprendizaje de recetas con alimentos típicos de la región, entre otros.

En la línea de lactancia materna, en el 2009 se realizó la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008, el cual sirvió de insumo para la formulación de un nuevo Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 el cual será validado y difundido en el 2010.

Además en el 2009, se realizó fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral a la Mujer y la Infancia - IAMI en ocho departamentos (Boyacá, Cauca, Huila, Nariño, Córdoba, La Guajira y el municipio de Bello en Antioquia). En total se capacitaron 91 equipos de salud en IAMI en 20 municipios y 35 IPS y se formaron 33 evaluadores externos de la estrategia.

Finalmente en la línea de estrategias de comunicación se hizo la producción y emisión de 21 programas de TV de “Cocinando Ando”, con emisión quincenal en el canal institucional y en 7 canales regionales y se diseñó un plan de medios para lactancia materna, alimentación complementaria, y promoción de actividad física, con el desarrollo de videos educativos, cuñas radiales y comerciales con difusión nacional y regional.

El ICBF a través de sus programas de infancia y adolescencia atendió en el 2009 a 11.279.310 beneficiarios con un presupuesto de inversión de \$2,9 billones<sup>9</sup>. La meta para 2010 es beneficiar a 11,6 millones de colombianos y a marzo 31 de 2010 se ha atendido un total de 8.253.517<sup>10</sup> en las modalidades de prevención y protección en todos los municipios del país. A continuación se señalan los avances en los principales programas.

A través del programa desayunos Infantiles con Amor en el periodo de julio a diciembre 2009, entregó complemento alimentario a 1.322.817 niños y niñas entre seis meses y cinco años once meses de edad, pertenecientes a familias de los niveles 1 y 2 del SISBEN. Para ese mismo año, la inversión total fue de más de \$141.000 millones. Para el 2010, la meta es entregar 1.622.817 desayunos infantiles y a marzo 31 de 2010, se han entregado 1.322.817 desayunos.

7. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) es un espacio de trabajo y coordinación intersectorial, presidida por el Min. de Agricultura y Desarrollo Rural y cuya Secretaria técnica es el Ministerio de la Protección Social por el periodo de dos años.

8. Magdalena, Cesar, Córdoba, Casanare, Meta, Guainía, Vaupés, Guaviare, Amazonas, Caquetá, Putumayo, Huila, Risaralda, Quindío, Boyacá, Cauca, Chocó, La Guajira, Sucre, Bogotá, Barranquilla y Santa Marta.

9. La información presupuestal se presenta a precios constantes de 2010.

10. Cabe señalar que el ICBF atiende mediante programas de oferta y de demanda. Los usuarios a atender en modalidades de oferta se refiere a aquellas modalidades que cuentan con una capacidad instalada, para atender usuarios bajo unos cupos establecidos durante todo el año. La atención por demanda, son las emergencias por desastres naturales, desplazamientos e inseguridad alimentaria, donde se atiende el número de usuarios que demanden los servicios del ICBF.

Por su parte, hogares del ICBF<sup>11</sup> está dirigido a la atención de la Primera Infancia. En el periodo julio – diciembre de 2009 se atendieron un total de 1.345.524 usuarios con una inversión de \$783.000 millones. A marzo 31 de 2010 se han atendido 1.335.674 usuarios con una inversión de \$792.000 millones.

Con el programa de Alimentación Escolar, en el periodo julio - diciembre 2009, se atendió un total de 3.923.511 escolares durante 167 días, con una inversión de \$459.000 millones en 2009. Para la vigencia 2010 la meta SIGOB es llegar a más de 4 millones de beneficiarios y a marzo 31 de 2010 se han atendido 3.969.465 beneficiarios, con una inversión de \$388.000 millones.

El ICBF lanzó en 2009 la política “COLOMBIA BIEN NUTRIDA” con el objetivo de asegurar condiciones nutricionales adecuadas a la población infantil vulnerable del País.

Los objetivos de esta estrategia son: 1) asegurar un mínimo consumo de alimentos fortificados a todos los niños y niñas menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad; 2) definir acciones inmediatas para asegurar el acceso a los alimentos y evitar la mortalidad de los niños y niñas de la población indígena, desplazada y afrodescendiente en condiciones críticas; y 3) desarrollar un frente común con estrategias inmediatas y estructurales para lograr intervenir los determinantes del hambre en la primera infancia.

Desayunos infantiles se han desarrollado acciones formativas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, junto a la entrega de este complemento alimentario, durante los 180 días de atención.

En 2009 en convenio con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural se complementó la atención brindada mediante el programa de Desayunos Infantiles con la modalidad “Leche para Todos”, atendiendo 190.304 niños y niñas adicionales durante 26 días más. El total de días de atención en 2009 fue de 206 (180 con Desayunos Infantiles y 26 con leche para todos) y el total de cobertura para la vigencia 2009 fue de 1.513.121 (1.322.817 con Desayunos Infantiles y 190.304 con leche para todos).

Alimentación Escolar, se logró una cobertura del 82% de los niños y niñas que se encuentran matriculados en preescolar y primaria y al 47% del total de los que se encuentran matriculados.

### 3.7. Seguridad Sanitaria y Ambiental

Durante el 2009 se realizó difusión y socialización a las Direcciones Territoriales de Salud del CONPES 3550; dentro del proceso de fortalecimiento de la gestión de la salud ambiental y del Modelo de Gestión, se adelantaron seis pruebas pilotos en Bogotá, Barranquilla, Atlántico, Valle del Cauca, Guaviare y Santiago de Cali, con el fin de validar y ajustar estos lineamientos. Adicionalmente, se participó en los diferentes espacios de análisis y construcción de la propuesta de decreto para la conformación de la CONASA.

En cuanto a riesgos químicos, se desarrolló una propuesta de guía metodológica para la clasificación y autorización de sustancias químicas para uso en agua potable, proceso que se continuara desarrollando en el 2010, igualmente, se viene realizando análisis revisión y actualización de la base de datos de plaguicidas y expedición de conceptos toxicológicos y registros sanitarios de sustancias químicas y plaguicidas. Finalmente, en conjunto con el MAVDT, se elaboró la circular conjunta No. 052 relacionada con el fortalecimiento de las acciones para la adecuada

11. Este programa comprende los hogares comunitarios de bienestar tradicionales, hogares infantiles, jardines comunitarios, jardines sociales, atención a niños en establecimientos de reclusión de mujeres y hogares comunitarios FAMI.

gestión de residuos hospitalarios y se efectuó la disposición final del DDT obsoleto que quedaba en el país.

Para la vigilancia de calidad del agua de consumo humano, se formuló la norma “Mapa de Riesgos de los Sistemas de Suministro de agua para Consumo Humano”; en el 2009 se realizaron transferencias a los departamentos por \$1.250 millones para fortalecer la vigilancia de la calidad del agua potable en los municipios categoría 4, 5 y 6 de los Departamentos de Valle del Cauca, Santander y Antioquia.

Siendo Colombia un país con una importante producción agrícola e industrial, el uso de sustancias químicas en las diferentes áreas de la producción es alto, se registran sustancias que causan un número importante de intoxicaciones, tales como plaguicidas, fármacos, metales pesados, solventes y otros agentes químicos. En el siguiente cuadro se detalla el número de casos de intoxicación por diferentes causas.

**Cuadro No. 43**  
**Número de casos por Intoxicaciones Notificadas**  
**julio 2009 – febrero 2010**

Evento	Jul. – Dic. 2009	Ene. – Feb. 2010
I. Plaguicidas	7.174	989
I. Fármacos	2.842	906
I. Metanol	51	31
I. Metales	233	22
I. Solventes	450	60
I. Otros Químicos	6.713	862

*Fuente: Instituto Nacional de Salud.*

### 3.8 Salud oral

A la fecha 27 entidades territoriales (75%), incluyeron el componente de salud bucal en los planes territoriales y destinaron recursos para el desarrollo de las acciones y estrategias establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública. En el 2009, se desarrolló la primera fase para el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (el III estudio fue en 1993), este estudio contará con información actualizada que permitirá planear acciones de salud bucal de forma más ajustada a la realidad actual.

En el periodo 2008-2009 se fortaleció la articulación de entidades territoriales, EPS, universidades, gremios, e IPS alrededor de la concertación y seguimiento de estrategias y metas en salud bucal y se avanzó en la articulación del tema de salud bucal en las Estrategias AIEPI e IAMI.

## 4. PROMOCIÓN SOCIAL

### 4.1 Políticas y programas para poblaciones vulnerables

El Departamento Nacional de Planeación, asignó recursos a través del proyecto de inversión “PROMOCION SOCIAL POR LA INCLUSION Y LA EQUIDAD”, para el desarrollo de acciones focalizadas para poblaciones en pobreza y vulnerabilidad en materia de formación de políticas públicas, asistencia técnica, gestión de la información, fortalecimiento institucional y fortalecimiento comunitario, así como seguimiento, monitoreo y evaluación de procesos en poblaciones vulnerables, con una asignación en 2010, por \$7.500 millones de pesos.

#### 4.1.1 Infancia y Jóvenes

En primera infancia se realizó la publicación de la Política Pública: Colombia por la Primera Infancia y se viene desarrollando la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI para promover la alimentación adecuada de niños y niñas lactantes; y la aplicación de la estrategia de Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, en sus componentes de desarrollo local, clínico y comunitario y el Programa Nacional de Prevención de la transmisión perinatal del VIH.

Así mismo, en desarrollo de la Ley 1295 de 2009 se viene trabajando en un Modelo de Atención Integral a la Primera Infancia para la población perteneciente al SISBEN 1 y 2, con participación del DNP, el MEN, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el MPS y en la identificación de los sistemas de información nacionales en los que se reporta la situación de estos grupos de población.

En Política Nacional de infancia y adolescencia, el MPS publicó el Plan Nacional para la niñez y la Adolescencia 2009-2019; realizó y publicó el estudio de Inequidades Sociales de la infancia y la Adolescencia el cual le permite al país contar con información línea de base 2005 a nivel nacional, sobre la dinámica demográfica, la pobreza medida por NBI, aseguramiento, educación, trabajo y mortalidad de la niñez y de los adolescentes, lactancia materna, nutrición, violencia por desplazamiento y lesiones de causa externa fatales y no fatales. Se puede acceder al estudio en la siguiente dirección electrónica: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/entornoambiental/home.asp>. El MPS participó en 2 encuentros de Gobernadores por la Infancia y la Adolescencia en Bucaramanga, donde el tema fue la Seguridad Alimentaria y Nutricional, y en Leticia, con el tema de educación inicial.

De la misma forma, el MPS ha trabajado en la promoción juvenil a través de Talleres de Alianzas jóvenes-adultos, en los cuales 103 personas (62 jóvenes y 41 adultos) de 18 entidades territoriales y organizaciones sociales han sido formadas.

El ICBF a través de sus programas de infancia y adolescencia atendió en el 2009 a 11.279.310 beneficiarios, y a marzo de 2010, cuenta con 8.298.698 beneficiarios. A continuación se señalan los avances en los principales programas.

Clubes prejuveniles y juveniles, durante la vigencia 2009 atendió 110.899 jóvenes con una inversión de \$15.052 millones. A marzo 31 de 2010, ha beneficiado 26.937 adolescentes y jóvenes.

A 31 de marzo de 2010, se encuentran en el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, 67.650 niños, niñas y adolescentes. Durante el periodo julio 2009 – marzo 2010 ingresaron a este proceso 17.094 niños, niñas y adolescentes (12.578 en segundo semestre de 2009 y 4.516 en el primer trimestre de 2010).

Programa de Adopciones, durante la vigencia 2009, 2.753 niños, niñas y adolescentes cuentan con familia adoptiva asignada. De estos, 1.153 niños fueron asignados a familias colombianas y 1.600 a familias extranjeras. Se destaca que 824 niños beneficiarios del proceso de adopción tienen necesidades o características especiales.

Dando cumplimiento a lo establecido en el decreto 3840 de 2008, (reglamentario de la Ley 1098 de 2006), el 1 de diciembre de 2009 entró en vigencia la sexta y última fase de implementación de Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. Durante la vigencia 2009 se atendieron a través del Sistema 67.612 adolescentes con una inversión de \$42.407 millones.

Con el objetivo de cualificar la atención integral a la Primera Infancia, a través del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), realizaron las siguientes actividades:

- » Mejoras locativas a las viviendas donde funcionan los HCB;
- » Estímulo para fomentar la cultura del ahorro en las madres comunitarias. Este estímulo está condicionado a que las madres se afilien al Fondo Nacional del Ahorro para acceder a créditos para mejoramiento de sus viviendas y lograr espacios más amables para la Primera Infancia;
- » Formación y capacitación a las madres comunitarias en convenio con el SENA, el Ministerio de Educación y la Empresa Privada; entre otras.

El ICBF en el año 2009 construyó 11 Hogares Múltiples con una inversión de \$10.900 millones. A abril de 2010 se han construido 6 Hogares Múltiples adicionales, equivalente al 33% de cumplimiento de la meta prevista.

En 2009 se entregaron 1.016 viviendas con mejoras locativas lo cual implicó el cumplimiento del 200% de la meta SIGOB de 450 Hogares Comunitarios beneficiados. Para ello se invirtieron \$3.484 millones. Para la vigencia 2010 la meta es beneficiar 379 hogares con mejoras locativas y a abril se han entregado 355 viviendas con mejoras.

De otra parte, en 2009 se construyeron 7 Jardines Sociales con una inversión de \$6.000 millones. A 30 de junio de 2010 se han construido 6 Jardines Sociales, cumpliendo con ello, el 100% de la meta.

La Superintendencia del Subsidio Familiar reporta Atención Integral a la Niñez, con una cobertura de 242.531 menores, atendidos con programas integrales en sus diferentes modalidades, así: Jardines Sociales 13,15%, Hogares Múltiples 2,95%, Hogares Comunitarios 19,04%, Hogares Infantiles 3,43%, Entorno Institucional 12,53%, Entorno Familiar 0,56%, Entorno Comunitario 1,26%, Otros programas 47,08%.

La gestión conjunta de Superintendencia del Subsidio Familiar – Ministerio de Educación Nacional, posibilitó el ofrecimiento de programas en modalidades Artística y Cultural 49.52%, Ciencia y Tecnología 30.87%, Escuelas Deportivas 13.64% y Ambiental 5.97%.

### 4.1.2 Adulto mayor

#### Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM

Con corte a mayo de 2010, en desarrollo del Programa de Protección Social al adulto Mayor se han beneficiado 573.472 adultos mayores pertenecientes a 1.099 municipios del país; de las personas beneficiadas el 58% son mujeres y el 42% son hombres. El 72,6% de la población beneficiada se encuentra entre 61 y 80 años, y de ésta el 61,5% tienen entre 71 y 80 años.

Del total de adultos mayores beneficiados el 9,2% corresponde a población discapacitada y el 2,4% a población residente en resguardos indígenas y el 9,6% a municipios mayoritariamente afros.

Durante la vigencia 2009, se destaca la ampliación de cobertura en 44.460 cupos en 400 municipios del país que cumplieron con los criterios de tener una ejecución de por lo menos el 95% y más, y haber remitido la base de datos de potenciales beneficiarios al nivel nacional.

Así mismo con corte a abril de 2010, se resalta la entrega de 27.288 ayudas técnicas de las cuales el 81,4% corresponde a movilidad y mobiliario, el 14,5 % a comunicación y el 4% a prótesis dentales.

A continuación se detallan, por departamento, las máximas coberturas obtenidas en diciembre de 2009 y a mayo de 2010.

**Cuadro No. 44**  
**Cobertura por departamento**  
**2009 – 2010**  
Millones de pesos

Departamento	2009			2010		
	Cantidad de Subsidios	Valor Total Subsidios Programados	Máxima Cobertura	Cantidad de Subsidios	Valor Total Subsidios Programados	Máxima Cobertura (mayo)
Antioquia	618.983	42.324.3	68.085	212.450	14.508.3	70.145
Atlántico	208.993	15.294.3	24.007	78.972	5.776.8	25.465
Bogotá D. C.	142.284	10.671.3	16.535	48.636	3.647.7	16.899
Bolívar	209.784	15.232.1	24.321	82.366	5.977.6	26.573
Boyacá	243.641	11.689.5	29.774	88.112	4.254.2	30.394
Caldas	148.445	9.349.1	18.551	61.204	3.878.1	19.493
Caquetá	54.694	3.406.5	5.523	19.384	1.192.2	5.862
Cauca	202.733	11.556.7	22.928	75.708	4.320.0	24.157
Cesar	154.510	9.884.2	13.501	53.788	3.463.1	14.160
Córdoba	215.512	13.489.6	22.684	80.598	5.074.5	23.826
Cundinamarca	317.377	18.512.4	37.838	114.404	6.698.8	39.056
Choco	48.704	2.784.7	4.958	13.220	748.3	5.035
Huila	185.105	9.909.3	23.374	75.114	3.983.5	24.348
La Guajira	73.402	3.542.3	8.494	25.450	1.231.0	8.647
Magdalena	150.954	8.799.7	13.330	54.226	3.181.4	13.921
Meta	80.782	5.584.4	8.692	28.304	1.961.3	8.904
Nariño	244.131	13.349.9	26.703	89.924	4.897.6	28.042
Nte. de Stder.	223.444	14.427.6	21.508	79.800	5.196.9	22.536

Departamento	2009			2010		
	Cantidad de Subsidios	Valor Total Subsidios Programados	Máxima Cobertura	Cantidad de Subsidios	Valor Total Subsidios Programados	Máxima Cobertura (mayo)
Quindío	77.818	5.350.5	9.236	29.380	2.008.6	9.350
Risaralda	97.638	7.084.8	11.757	38.700	2.802.6	12.480
Santander	258.510	14.013.6	31.625	85.728	4.656.8	32.382
Sucre	128.650	6.423.5	15.624	51.086	2.575.9	16.215
Tolima	220.246	13.879.6	26.965	85.228	5.414.6	28.175
Valle	389.277	26.412.1	46.757	152.412	10.350.9	49.609
Arauca	42.902	2.646.4	2.703	14.688	907.1	2.844
Casanare	38.180	2.041.7	4.501	13.406	715.4	4.622
Putumayo	70.930	4.390.2	5.634	23.396	1.452.3	5.839
San Andrés	7.609	430.3	931	2.548	144.2	978
Amazonas	6.462	272.9	768	1.934	79.6	780
Guainía	3.780	283.5	779	1.280	96.0	785
Guaviare	9.378	434.8	949	2.720	125.3	995
Vaupés	5.504	412.2	642	1.834	137.5	661
Vichada	2.350	175.3	279	876	65.3	294
Total	4.882.712	304.059	549.956	1.786.876	111.522.9	573.472

Fuente: Consorcio Prosperar

Durante la vigencia 2009, se giraron 4.882.712 subsidios por valor de \$304.059 millones y se alcanzó una máxima cobertura de 549.956 adultos mayores beneficiados desde diciembre de 2003 hasta diciembre de 2009 y en lo que va corrido de la vigencia 2010, con corte a mayo la máxima cobertura alcanzó la cifra de 573.472 adultos mayores beneficiados con el PPSAM.

Adicionalmente, se transfirieron recursos por \$442.3 millones, a 15 entidades territoriales que cofinancian proyectos para desarrollar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez con participación social, aplicando la Metodología de Participación Social de y para las personas mayores (MIPSAM).

Por su parte, el ICBF a través del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta”, entrega un complemento alimentario, que puede ser ración preparada ó ración para preparar. En la vigencia 2009 se beneficiaron mensualmente 417.230 adultos mayores con alto grado de vulnerabilidad con una inversión de \$ 211.000 millones. Para el 2010 se espera mantener la cobertura alcanzada durante la vigencia anterior. A marzo 31 de 2010 se han beneficiado 417.230 adultos mayores, con una inversión de más de \$121.000 millones.

Además, en el programa Nacional de Alimentación al Adulto Mayor se destaca la implementación del Sistema de Información en ambiente web para el manejo integral de la gestión del programa; el fortalecimiento de las actividades complementarias ofrecidas a los adultos mayores beneficiarios del programa, a través de convenios con cajas de compensación de Bogotá y la entrega de 4.672 Kits de entretenimiento para todos los puntos de atención de la ración preparada. Por su parte, las Cajas de Compensación Familiar atendieron de julio a diciembre de 2009 155.369 adultos mayores, y de enero a marzo de 2010 122.249, tal como se relaciona en el siguiente cuadro:

### Cuadro No. 45

#### Personas atendidas en programas especiales de Adulto Mayor

Región Geográfica	No. Personas	
	Jul. - Dic. 2009	Enero - Marzo. 2010
Costa Atlántica	1.162	855
Región Occidente	72.671	101.003
Región Centro Oriente	10.781	3.552
Región Orinoquía	470	302
Región Amazonía	1.291	606
Bogotá, D. C.	28.910	9.317
Caja Campesina	40.084	6.614
Total	155.369	122.249

**Fuente:** Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

#### 4.1.3 Red Juntos

JUNTOS es una estrategia liderada por el Gobierno Nacional que busca contribuir a que la población más pobre de Colombia y la desplazada por la violencia, superen la pobreza. A través de la implementación de tres componentes (Acompañamiento Familiar y Comunitario, Gestión de Oferta y Acceso Preferente, y Fortalecimiento Institucional), se busca que las familias cumplan con una serie de condiciones que les permitan superar trampas de pobreza y mejorar sus condiciones de vida. De esta manera, JUNTOS se constituye como el mecanismo fundamental, con el que cuenta el país, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM.

En el año 2009 y hasta abril de 2010, la Red Juntos consolidó su proceso de expansión en los territorios. A esta fecha, 1.123.102<sup>12</sup> familias, del 1.500.000 propuestas, han iniciado su acompañamiento familiar, tanto en los municipios piloto como en aquellos de la fase de expansión. Igualmente, 1012 municipios cuentan con convenio interadministrativo legalizado<sup>13</sup>, se han desembolsado \$54.601 millones, 48 operadores sociales adelantan sus actividades en 106 microrregiones<sup>14</sup> y se cuenta con 8.412 cogestores para realizar el acompañamiento a las familias, de éstos, 7.971 ya recibieron capacitación en Línea Base Familiar y Dispositivos Móviles de Captura.

En lo relacionado con las actividades de este Ministerio, se asignó a través de la Resolución 4889 del 7 de diciembre de 2009, 189.000 cupos para población pobre extrema y 160.000 cupos para población en situación de desplazamiento.

En este año, el MPS consolidó algunas de las mesas técnicas en el marco de Juntos. La mesa de nutrición diseñó la ruta de articulación de oferta para que los beneficiarios de Juntos conozcan los pasos a seguir, en el momento de requerir los servicios de alguno de los programas que hacen parte de la estrategia, e inició el piloto para probar esta ruta en los municipios del departamento de la Guajira.

Respecto a la mesa de discapacidad, se diseñó una ruta de articulación de oferta, adicionalmente se puso en marcha una estrategia de capacitación a los cogestores sociales en temas relacionados

12. Los datos generales de la estrategia, fueron entregados por la Coordinación Nacional de Juntos de Acción Social.

13. Esto significa que tiene las firmas de las partes y el registro presupuestal.

14. Según el manual operativo de juntos, la microrregión es una categoría de organización territorial, que agrupa municipios cercanos geográficamente, y con características similares (acceso y aspectos culturales) con base en la cual, se estructuró el proceso de selección y contratación de los operadores sociales para ejecutar el Componente de Acompañamiento Familiar y Comunitario

con: conceptos generales de discapacidad, desplazamiento y discapacidad, atención integral, entre otros.

Otra de las mesas que está a cargo del MPS, es la mesa de trabajo infantil, en la cual se avanzó en un trabajo con el sector privado, y en el diseño de una ruta para atender a los niños que se han identificado como trabajadores por la Red Juntos.

Por último, el MPS ha participado activamente, en la mesa de generación de ingresos, la cual coordina el DNP. Después de la aprobación del Conpes 3616 de 2009, el trabajo del ministerio se ha enmarcado principalmente en el componente psicosocial que es uno de los ejes centrales de dicho Conpes.

Ahora bien, respecto a los avances en términos de logros de las familias actualmente en el sistema Infojuntos, los temas a cargo del MPS, muestran, entre otros, los siguientes avances: en el tema de salud, la afiliación refleja un 85% de cobertura en los beneficiarios de Red Juntos, el 86% de los beneficiarios asisten a actividades de promoción de la salud y en el tema de trabajo infantil se puede concluir que el 95% de las familias no tienen menores de 15 años trabajando.

#### 4.1.4 Población Desplazada

El 92% de la población desplazada, se encuentra afiliada al SISSS. Del total de afiliados al sistema el 78% se encuentra afiliada al régimen subsidiado, y el 22% al contributivo.

Para la atención de la población desplazada no cubierto con subsidios a la demanda para la vigencia 2009, se distribuyeron \$25.000 millones a 30 entidades territoriales, atendiéndose 68,994 personas. A finales de la misma vigencia se distribuyeron \$10.000 millones adicionales a 16 entidades territoriales que reportaron 3.430 personas como atendidas.

El Ministerio como integrante del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la violencia -SNAIPD y en respuesta a los requerimientos de la Corte Constitucional en los Autos de cumplimiento, ha realizado las siguientes acciones, con énfasis en el enfoque diferencial, en el marco de los Autos 092 y 237 de 2008, Protección de los derechos de las mujeres víctimas del desplazamiento:

La implementación del Programa de: Promoción de la Salud de las Mujeres Desplazadas; Prevención de la Violencia Sexual y de Atención Integral a sus Víctimas; Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Comunitaria y de Atención Integral a sus Víctimas; Apoyo a las Mujeres Desplazadas jefas de hogar; facilitación del Acceso a Oportunidades Laborales y Productivas y de Prevención de la Explotación Domestica y Laboral, y, Abordaje Psicosocial para Mujeres en desplazamiento y su grupo familiar.

En respuesta al mínimo de racionalidad “*Cronograma de Implementación Acelerado de los Programas*” exigido por la Corte, el Ministerio, en el marco de un convenio con la OIM, realizó en el 2009, proyectos orientados a promover y garantizar el acceso de las mujeres desplazadas y su grupo familiar a los programas estructurados por el MPS en cumplimiento de las ordenes de la Corte Constitucional. Se alcanzó, una cobertura de 249 municipios y 29 departamentos y el Distrito Capital con 600.000 mujeres beneficiarias. El valor total del convenio fue de \$10.238 millones de los cuales el Ministerio aportó la suma de \$9.746 millones y la OIM \$491 millones.

En intervención psicosocial y en el marco del convenio con el Secretariado Nacional de la Pastoral Social durante el 2009 se realizaron 456 asesorías psicológicas a población en desplazamiento y vulnerable receptora.

El convenio también focalizó su intervención en comunidades afrodescendientes en Quibdó y Buenaventura; y para el caso de las comunidades indígenas se viene trabajando en los departa-

mentos de Nariño (Awa), Guainía (Sikuani), Guaviare (Tukano), Putumayo (Ingas y Pastos), Vaupés (Cubeo) y Cauca (Paez).

El MPS asignó durante el 2009 \$3.141 millones de pesos para la intervención psicosocial en los entes territoriales de mayor desplazamiento con 22.721 personas beneficiarias directas de las cuales el 41% corresponde a población desplazada y el resto a población receptora vulnerable. El 72% de la población beneficiaria corresponde a mujeres.

De otra parte, el ICBF promueve el ingreso de la población en situación de desplazamiento a través de sus programas regulares. En el 2009 se atendió un total de 1.305.232 usuarios en situación de desplazamiento mediante programas regulares y mediante las modalidades específicas de atención a esta población. A febrero 28 de 2010 se han atendido un total de 314.260 personas en situación de desplazamiento. A continuación se mencionan las modalidades específicas de atención para esta población:

76 Unidades Móviles del ICBF operaron en 31 departamentos y el distrito capital, logrando beneficiar a un total de 435.753 personas, de las cuales 380.836 corresponden a personas en situación de desplazamiento. Los beneficiarios restantes corresponden a víctimas atendidas por desastres naturales o inseguridad alimentaria. Para ello, se contó con una inversión de \$13.752 millones. Durante el periodo julio – diciembre 2009 se logró la atención de 233.599 personas en situación de desplazamiento y a marzo 31 de 2010 las unidades móviles han beneficiado 38.242 personas en situación de desplazamiento, con una inversión de más de \$9.000 millones.

Operación Prolongada de Socorro y Recuperación, durante la vigencia 2009 se logró beneficiar a 385.309 personas en situación de desplazamiento con una inversión total de \$7.475 millones discriminados de la siguiente manera: \$ 423 millones de aporte en dinero; 1.549 toneladas de Bienestarina, correspondientes a \$ 4.900 millones; y \$ 2.152 millones de apoyo a la gestión. Durante el periodo julio – diciembre de 2009 se atendieron 385.309 personas en situación de desplazamiento y a marzo 31 de 2010 se han atendido 164.943 beneficiarios.

Raciones Alimentarias de Emergencia. Durante la vigencia 2009 se entregaron un total de 43.259 raciones a 37.068 beneficiarios. De ese total de raciones, 22.020 fueron entregadas a 16.087 beneficiarios en situación de desplazamiento con una inversión de \$751.226 millones. A marzo 31 de 2010 se han entregado 3.437 raciones beneficiando 2.979 personas en situación de desplazamiento.

A través de convenios con Acción Social, desde el 2007 el ICBF cofinancia el Programa Familias en Acción para beneficiar a familias vulnerables con niños y niñas menores de 7 años (SISBEN nivel 1 y desplazados), a través del componente de nutrición infantil.

Durante la vigencia 2009 realizó una inversión total de \$425.286 millones, lo que permite beneficiar con un subsidio nutricional a más de 700 mil familias.

#### 4.1.5 Otras poblaciones

##### Poblaciones en condiciones de discapacidad

Se ha promovido la aplicación del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad con el DANE y Vicepresidencia de la República. A septiembre de 2009, el 85% (949) de los municipios del país, registraron 967.172 personas con discapacidad.

Encuentros Nación Territorio: Se realizaron 13 teleconferencias en las que participaron en promedio 230 personas por sesión; se utilizó la plataforma técnica del Sena y del ICBF y el apoyo logístico de la Fundación Saldarriaga Concha. Asistieron 28 departamentos, 182 entidades públicas, 170 organizaciones civiles.

En el 2009 se transfirieron recursos por \$2.900 millones de pesos a 19 entidades territoriales para la adquisición y entrega de ayudas técnicas a niños, niñas y adolescentes en el marco de la Rehabilitación Integral.

Se ha promovido a nivel territorial, el acceso de la población con discapacidad mayor de 18 años, a la entrega de ayudas técnicas en los componentes Volver a ver, Volver a Oír, volver a Andar y Volver a Sonreír. A 31 de enero de 2010 han sido entregadas 28.433 ayudas técnicas a nivel nacional.

En el marco de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, el Ministerio presentó el proyecto de Resolución bajo el epígrafe LA ATENCION A LA DISCAPACIDAD: UNA PRIORIDAD PARA LOS PAISES DE LA REGION, la cual fue aprobada en las sesiones realizadas en marzo de 2009.

Se realizaron 7 sesiones con la Mesa Red Juntos de Discapacidad dirigidas a funcionarios públicos, cogestores de Red Juntos y profesionales de Acción Social de los municipios piloto capacitando en temas de discapacidad y desplazamiento, así como en rutas de servicios para que los profesionales capacitados orienten a las PSD-D y sus familias.

Por su parte, las Cajas de Compensación Familiar, brindan servicios a este segmento de población, tal como se refleja a continuación:

### Cuadro No. 46 Personas Atendidas en Programas Especiales de Discapacitados

Región Geográfica	No. Personas	
	Jul. - Dic. 2009	Enero - Marzo. 2010
Costa Atlántica	729	781
Región Occidente	4.719	5.799
Región Centro Oriente	685	755
Región Orinoquía	257	405
Región Amazonía	156	42
Bogotá, D. C.	3.475	1.680
Caja Campesina	37	-
<b>Total</b>	<b>10.058</b>	<b>9.462</b>

*Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.*

### Grupos étnicos

Se realizó asistencia técnica a las propuestas de diseño de modelos de atención elaboradas por las comunidades indígenas Embera Chamí del municipio de Riosucio (Caldas), la IPS UNIPA del pueblo Awá de Nariño, la EPS indígena DUSAKAWI de la Sierra Nevada de Santa Marta para su población afiliada, la EPS indígena Pijaosalud del pueblo indígena pijao, la Secretaría Departamental de Salud del Casanare para los resguardos indígenas de Caño Mochuelo, Chaparral Barro Negro y Hato Corozal de Casanare (pueblos Sáliba, Cuiba–Wamonae, Sikuaní, Maibén-Masiware, Amorúa, Yamalero-Yaruro, Tsiripu y Wipiwi y U'wa) y la Secretaría Departamental de Salud de Guainía junto con el Hospital Manuel Elkin Patarroyo, para los pueblos indígenas del Guainía, así como a las propuestas de sistemas de salud propio que viene elaborando el Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC y el Consejo Territorial de Cabildos CTC de la Sierra Nevada de Santa Marta.

Se desarrolló un proceso de apropiación e implementación de la estrategia de entornos saludables, adecuada socioculturalmente, con acciones de saneamiento básico y generación de oportunidades laborales y educativas a través de la implementación de proyectos piloto en los resguardo indígenas de: Chenche Agua Fría, municipio de Coyaima, Tolima, para el pueblo indígena Pijao; Santa Rosita, municipio de Tumaco, Nariño, para el pueblo indígena Awá; Dozá, municipio de Tierralta, Córdoba, para el pueblo indígena Embera Katío; y, El Refugio, municipio de San José del Guaviare, Guaviare, para el pueblo indígena Tukano Oriental. Con dichos proyectos se benefician 875 indígenas.

Se destinaron recursos del presupuesto del MPS para las vigencias fiscales de 2009 y 2010, para la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones que se definan en cada uno de los 34 planes de salvaguarda étnica diseñados, para igual número de pueblos indígenas y en los planes específicos de protección y atención para cada una de las 62 comunidades afrocolombianas mencionadas.

### **Población inimputable por trastorno mental**

A la fecha se cuenta con 428 pacientes internados cumpliendo su medida de seguridad consistente en la internación y en proceso de rehabilitación. 108 pacientes se encuentran pendientes pero con autorización de ingreso. Entre 2008 y 2009, el Ministerio distribuyó recursos por valor de \$12.211 millones a 11 departamentos y 2 distritos.

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

Con el fin de realizar el diseño e implementación de una estrategia conjunta de información, educación y comunicación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para promover el trato digno y la identificación oportuna de riesgos de maltrato infantil y abuso sexual en la primera infancia, el MPS asignó recursos por valor de \$1.300 millones a los departamentos de Risaralda, Huila, Quindío y Chocó, ejecutados en la vigencia 2009

Adicionalmente, de acuerdo con la Resolución No. 5425 de diciembre de 2009, se asignaron \$1.300 millones a 15 entidades territoriales para acciones de prevención en el marco del Auto 092 de 2009; de éstos ya se autorizó el giro del 39% de los recursos a 5 entidades territoriales.

## 5. MERCADO LABORAL

### 5.1. Formación para el trabajo

El Sistema Nacional de Formación para el Trabajo se encuentra enmarcado en el Plan Estratégico Institucional 2007-2010, con la visión de implementar y fortalecer procesos de Normalización y Evaluación-Certificación de Competencias Laborales y en los programas de Integración con la Educación Media.

#### 5.1.1 Oferta

El Sistema Nacional de Formación para el Trabajo viene adelantando acciones en diferentes frentes, entre las que se cuentan:

- » Formación a directivos de las Instituciones de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano IFTDH.
- » Transferencia de programas de formación a la IFTDH.
- » Asistir a las IFTDH, en la transformación de ambientes de aprendizaje requeridos para ejecutar los programas de formación.
- » Acceso de los docentes de las IFTDH, a los programas del nivel de especialización ofrecidos por el SENA.
- » Poner a disposición de las entidades, la oferta de programas virtuales: Formación por proyectos, formación por competencias, y demás programas de formación para cualificar los docentes.
- » Desarrollo de acciones de formación para la cualificación de docentes, en el marco de la programación regular de los Centros de Formación del SENA.
- » Poner a disposición de las IFTDH, todas las normas de competencia producidas por las Mesas Sectoriales.
- » Convenios de ampliación de cobertura para las IFTDH, que cumplan los requerimientos exigidos por el SENA en cuanto a programas de formación, ambientes de aprendizaje, competencias de los docentes, y costos de formación.

#### Plan 250.000: Aporte a la Política Anticíclica del Gobierno Nacional

En respuesta a la Crisis Económica y enmarcada en la política anticíclica del Gobierno Nacional, la Entidad lanzó una estrategia para aumentar en 250.000 cupos los niveles de Técnicos, Tecnólogos y especialización Técnica y Tecnológica durante el 2009 y el 2010. Los cupos están dirigidos a jóvenes desempleados, en condiciones de pobreza extrema en programas innovadores.

**Cuadro No. 47**  
**Cupos Educación Superior y Plan 250 mil**  
**2009 - Abril 2010**

Formación Profesional Integral	Ejecución
	Jul-2009/ Abr-2010
Total Cupos en Formación para Técnicos Profesionales y Tecnólogos (*)	89.311

Fuente: SENA

(\*) Incluye Plan 250 mil

### Formación profesional integral

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA-, trabaja en tres aspectos fundamentales de la formación: calidad, pertinencia y equidad, con estrategias que le permiten atender más eficientemente los requerimientos del sector productivo y del país. Para ello, dentro del concepto del “SENA es uno solo” asoció sus 115 Centros de Formación Profesional a 25 redes tecnológicas con cobertura nacional, las cuales buscan la complementariedad de la capacidad tecnológica y la convergencia de recursos con miras a fortalecer el SENA a nivel nacional y ofrecer unidad y celeridad en la respuesta institucional.

### Cobertura en Formación Profesional Integral

El SENA ha tenido un incremento anual de cupos de formación, en sus diversos programas del orden del 34%, durante el 2009 se ofertaron 7.920.273 cupos de formación, incluyendo el Plan 250 mil. En el periodo Julio 2009 – Abril 2010 la totalidad de cupos fue de 5.494.488.

**Cuadro No. 48**  
**Formación Profesional Integral**  
**2009- Abril 2010**

Formación Profesional Integral	Ejecución
	Jul-2009/ Abr-2010
(1) Cupos en formación profesional integral titulada	297.844
(2) Cupos en formación profesional integral complementaria	5'196.644
(3) Cupos en formación profesional integral Total (1)+(2)	5'494.488

Fuente: SENA

\* No incluye Plan 250 mil

### Tecnoacademias

En el TecnoParque Central, ubicado en Cazucá, empezó a funcionar en el 2010 la primera Tecnoacademia del país, proyecto que busca crear un espacio de enriquecimiento científico dirigido a los jóvenes que están cursando la secundaria, los jóvenes que estén en los grados 6 y 7 de educación media recibirán competencias en matemáticas e inglés; los de 8 y 9 en física, química y biología y por último, los de 10 y 11 tendrán la posibilidad de escoger entre nanotecnología e ingeniería. A continuación se muestra el comportamiento:

**Cuadro No. 49**  
**Cupos Integración con la Media**  
**2009- abril 2010**

Formación Profesional Integral	Ejecución
	Jul-2009/ Abr-2010
Cupos en formación programa Integración con la Educación Media	168.166

*Fuente. SENA*

**Cuadro No. 50**  
**Avance de la Red TecnoParque**  
**julio 2009 – abril 2010**

Gestión Tecno Parque	Julio 2009 / Abr-2010
Usuarios (público en general que inicia un proyecto o se beneficia de otro servicio)	5.571
Talentos (usuarios que están en desarrollo de proyecto)	1.602
Proyectos en desarrollo	992

*Fuente: SENA.*

**Formación virtual y bilingüismo**

El SENA lanzó el programa de inglés virtual gratuito English Discoveries Online, dirigido a todos los colombianos, toda vez que este programa no exige requisitos académicos. El programa permite desarrollar competencias en la parte oral, auditiva y escrita, así como del lenguaje y la gramática. Por su carácter de virtualidad, cada persona puede inscribirse y adelantar su proceso de formación de manera flexible y de acuerdo con su disponibilidad de tiempo.

**Cuadro No. 51**  
**Estudiantes en proceso de Formación en**  
**el programa de Bilingüismo.**  
**2009- abril 2010**

Formación Virtual	Ejecución
	Jul-2009/ Abr-2010
Aprendices matriculados en el programa de Bilingüismo	829.574

*Fuente: SENA*

**Contrato de aprendizaje**

En el 2009 se expidió el decreto 1779 mediante el cual las empresas pueden ampliar la cuota de aprendices establecida por ley y aquellas con un número inferior a 15 trabajadores en nómina pueden tener aprendices de forma voluntaria, dependiendo del número de trabajadores con el que cuenta.

**Cuadro No. 52**  
**Cuotas de Aprendizaje Reguladas en las Empresas.**  
**2009- abril 2010**

Cuotas de Aprendizaje Reguladas en las Empresas	Ejecución
	Jul-2009/ Abr 2010
Cuotas de aprendizaje reguladas en las empresas	102.683

Fuente: SENA

### 5.1.2 Calidad de la formación para el trabajo

La evaluación de impacto realizada por Fedesarrollo en 2009 mostró los siguientes resultados:

En el programa de técnicos y tecnólogos del SENA, Fedesarrollo encontró que las posibilidades de estar empleados son superiores, entre 7,37 y 9,63 puntos porcentuales, para quienes se forman en la entidad. También halló, que en general, hay impactos positivos en la calidad del empleo de entre 9% y 13% superiores para los egresados del SENA. Se destacó igualmente que los egresados del SENA tienen una probabilidad mayor, entre 14 y 19 puntos porcentuales, de que sus ingresos superen los del promedio, o pasen a un decil más alto de ingresos.

En el caso de Formación Especializada del Recurso Humano Vinculado a las Empresas (FE), se encontró que la capacitación representa una poderosa herramienta de actualización y conlleva múltiples y directos beneficios en el desarrollo de las empresas y de los empleados. El estudio también confirmó que el SENA es uno de los principales proveedores de capacitaciones, dada su trayectoria como formador y certificador.

En el programa de Innovación y Desarrollo Tecnológico (IDT), la evaluación cualitativa que se llevó a cabo con directivos de empresas encontró que los proyectos de innovación y desarrollo tecnológico tienen un gran impacto dentro de las empresas, en la medida que afectan de una u otra manera a toda la organización, ya que estos eventos terminan por rediseñar y reorganizar la empresa. Esa situación es mucho más evidente entre pequeñas y medianas empresas (Pymes) rurales, para las que las actividades realizadas en este nivel han representado un cambio radical.

Para el caso del programa Jóvenes Rurales Emprendedores (JRE), en 2009 se construyó la línea base que permitirá llevar a cabo la evaluación de impacto en 2010. Entre los resultados se destaca que, en promedio, los beneficiarios son más “propensos” a estar ocupados/trabajando (78%) que los no beneficiarios (73%), y que la tasa de participación laboral es superior para los beneficiarios (83%) que para los no beneficiarios (72,5%).

**Cuadro No. 53**  
**Programas de Innovación Tecnológicas. Julio 2009- Abril 2010**  
(Millones de pesos)

Programa	Proyectos		Inversión (*)	
	2009	Jul 2009/ Abr 2010	Ejec 2009	Jul 2009 / Abr2010
Convenio SENA - Colciencias	125	126	31.495	100.366
Programa Nacional de Formación Especializada del Recurso Humano vinculado a las empresas	220	290	31.150	49.272

Unidad de Investigación de Empresas	52	52	5.388	5.388
Innovación Productividad y Desarrollo Tecnológico	30	18	7.860	6.698
Parques Tecnológicos - Red de Tecnoparques Colombia	25	19	8.077	11.688
Modernización de la oferta de formación profesional en los centros	489	730	94.081	53.097
Colombia Certifica	115	115	4.000	3.147
Sena digital (proyecto TIC,s, nueva gestión de centros, data ware house y aplicativo aportes)	231	346	52.426	19.626
Proyectos Internacionalización (actualización y transferencia tecnología) y otros proyectos		6	1.266	1.266
Gastos operación, Logística Interventoría			4.449	5.577
TOTAL	1.287	1.702	240.193	256.126

Fuente: SENA

### Certificaciones de desempeño laboral – Programa Colombia Certifica

Las Normas de Competencia Laboral, elaboradas por la Entidad, son el producto del trabajo concertado entre diferentes instancias del sector productivo, académico y público a través de las Mesas Sectoriales.

**Cuadro No. 54**  
**Certificaciones en el Desempeño Laboral**  
**2009- Abril 2010**

Sistema Nacional de Formación	Ejecución
	Jul-2009 Abr-2010
Número de Certificaciones en el Desempeño Laboral	140.167

Fuente: SENA

### Tecnologías de la información y las comunicaciones

Este proyecto permite el desarrollo de nuevos ambientes y metodologías de formación y la incorporación de las TIC en los procesos de aprendizaje, gestión de la formación presencial y virtual, y el acceso a nuevas fuentes de conocimiento, así mismo es la base para la modernización y soporte de la gestión estratégica y operativa del SENA.

#### Formación Virtual [www.senavirtual.edu.co](http://www.senavirtual.edu.co)

El SENA cuenta con la plataforma de gestión del aprendizaje de la compañía Blackboard, líder a nivel mundial en los procesos de e-learning. El aprendizaje en línea ofrece entre otras ventajas, la alta cobertura y distribución territorial equilibrada, la superación tanto de desigualdades como de discapacidades, los requerimientos flexibles y oportunos del e-learning empresarial, el cubrimiento de necesidades de módulos de especialización de técnicos, tecnólogos y profesionales y lo más importante, aprendizajes útiles para el desempeño competente de cualquier colombiano. Los Ambientes de Formación tradicionales, se han venido alternando con innovadoras estrategias: Formación Virtual, TV Web, Simuladores, Entrenadores, Videoconferencia y próximamente ofrecerá el sistema de formación vía celular (SENA Móvil).

**Cuadro No. 55**  
**Estudiantes en proceso de Formación Virtual.**  
**2009- Abril 2010**

FORMACIÓN VIRTUAL	EJECUCIÓN
	Jul-2009/ Mar-2010
Aprendices matriculados en procesos de formación virtual	2'860.968

Fuente: SENA

### 5.1.3 Focalización de la formación para el trabajo

En 2009, los Centros de Formación del SENA diseñaron planes tecnológicos a 2019, como una estrategia mediante la cual se identificaron una o varias tecnologías, teniendo en cuenta las necesidades futuras de las empresas nacionales y las tendencias mundiales, con el fin de aportar a la competitividad del país. A partir de esta identificación elaboraron su visión a futuro, que incluyó: a) programas de formación, servicios tecnológicos y/o innovación que el centro ofrecerá en el futuro b) proyectos estratégicos que se desarrollarán durante la fase correspondiente c) perfil del aprendiz y del instructor d) convenios y alianzas, para reducir los tiempos de cambio, el riesgo y beneficiarse de la experiencia de terceros.

### Atención a poblaciones vulnerables

En alianza con alcaldías y/o entidades públicas y privadas, el SENA atiende la formación de poblaciones vulnerables en todo el país.

**Cuadro No. 56**  
**Formación de población vulnerable**  
**2009- abril 2010**

ATENCIÓN A POBLACION VULNERABLE	EJECUCIÓN
	Jul-2009
	Abr-2010
Cupos en formación - Total Población Vulnerable	1.473.502
Cupos en formación para desplazados por la violencia	302.577

Fuente: SENA

### Jóvenes rurales

Este programa busca la consolidación de nuevas unidades productivas en las regiones rurales del país a partir de la ejecución de procesos de asesoría, asistencia técnica y formación profesional a la medida.

**Cuadro No. 57**  
**Programa Jóvenes Rurales**  
**2009- abril 2010**

JÓVENES RURALES	EJECUCIÓN
	Jul-2009/ Abr 2010
Matriculados en el programa Jóvenes Rurales	154.416

Fuente: SENA

## Jóvenes en acción

Este programa busca implementar acciones de capacitación de jóvenes desempleados entre los 18 y 30 años de edad, dando prioridad a aquellos en condición de desplazamiento, en proceso de reincorporación, y de los niveles 1 y 2 del SISBEN.

Se reportaron para el periodo julio 2009 – abril 2010 un total de 22.126 jóvenes vinculados al programa.

### 5.1.4 Articulación de las demandas del sector productivo con los programas curriculares de formación para el trabajo

Con el fin de garantizar la calidad y pertinencia de los programas de formación que conduzcan al jalonamiento de las diferentes regiones del país hacia el desarrollo, el SENA desarrolla acciones que le permiten establecer el impacto positivo en el desarrollo del Capital Social. Para esto toma como insumo el estudio del entorno, la prospectiva y apuestas regionales, la articulación de la entidad con los planes de desarrollo, el análisis del mercado laboral, los requerimientos de los sectores productivos, para lo cual trabaja en alianza permanente con gremios, trabajadores, comunidad académica, alcaldes, gobernadores y en general, con aliados públicos y privados, así como los resultados de las evaluaciones de impacto y de las encuestas a sus egresados.

### 5.1.5 Articulación de la formación para el trabajo con la educación media y la educación superior

#### Programa de Integración con la Educación Media

Mediante este Programa los jóvenes desde el grado 10º desarrollan un proceso de inmersión al mundo productivo, de tal forma que adquieran competencias para continuar su proceso de aprendizaje o vincularse al mundo del trabajo y así se convierten en agentes que le generan valor, utilidad y riqueza a la sociedad y al país.

#### El SENA en la Educación Superior

La Entidad ha fortalecido los programas de Formación Titulada que incluyen programas reconocidos dentro de la educación superior. Durante el 2009 se ofertaron 307.060. En el periodo Julio de 2009 – Abril 2010, el SENA ofreció 89.311 cupos entre técnicos profesionales y tecnólogos en todo el país.

## 5.2 Generación de empleo e intermediación laboral

### 5.2.1 Programas y acciones encaminados a la generación de empleo

#### Empresas promovidas por el fondo EMPRENDER

**Cuadro No. 58**  
**Empresas Promovidas por el Fondo Emprender**  
**2009 - Abril 2010**

Empresas Promovidas por el Fondo Emprender	Ejecución	
	Jul-2009/	Abr-2010
Empresas promovidas por el Fondo Emprender		33
Empleos generados en empresas promovidas por el Fondo Emprender		130

Fuente: SENA

### Programas de Iniciativas Locales de Gestión Empresarial (ILE)

Por su parte, el Ministerio con el programa busca generar condiciones institucionales y técnicas necesarias en los departamentos y municipios del país para promover la generación de nuevos empleos a través de la innovación y/o creación de empresas que beneficien a los sectores más vulnerables de su población.

Con base en este marco referencial durante el 2009, se firmó el convenio interinstitucional No. 204 de 2009, con la Gobernación del Tolima para la continuación de la segunda fase ILE en los municipios de Guamo, Ortega, San Luis y El Espinal y el inicio de la primera fase en los municipios de Alvarado, Venadillo, Cajamarca, Rovira, Saldaña, Suárez, Falán, Lérida y Líbano. Los aportes totales fueron de \$70 millones, de los cuales \$25 millones fueron aportados por el Ministerio de la Protección Social y 45 millones por la Gobernación del Tolima. Como resultado de este convenio, se identificaron 30 proyectos productivos ILE y se creó el marco institucional del programa en los nueve municipios de primera fase.

### Programa de subsidios al desempleo FONEDE

Entre julio de 2009 y abril de 2010 se asignaron un total de 60.988 subsidios correspondientes a \$46.507 millones. Bogotá con el 42% y la región Occidente con el 35%, concentran la mayor cantidad de subsidios al desempleo.

**Cuadro No. 59**  
**Número y valor de Subsidios asignados al Desempleo**  
**julio 2009 – abril 2010**

Región Geográfica	Jul.-Dic. 2009		Ene.-Abr. 2010		TOTAL	
	Subsidios	Valor	Subsidios	Valor	Subsidios	Valor
	Asignados	(En millones)	Asignados	(En millones)	Asignados	(En millones)
Costa Atlántica	4.834	3.599	1.317	1.017	6.151	4.616
Región Occidente	16.110	12.044	4.996	3.859	21.106	15.903
Región Centro Oriente	4.415	3.290	1.241	961	5.656	4.251
Región Orinoquía	1.034	770	317	244	1.351	1.014
Región Amazonía	507	377	123	95	630	472
Bogotá, D. C.	19.092	14.692	6.131	4.906	25.223	19.598
Caja Campesina	664	494	207	159	871	653
<b>TOTAL</b>	<b>46.656</b>	<b>35.266</b>	<b>14.332</b>	<b>11.241</b>	<b>60.988</b>	<b>46.507</b>

*Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.*

El Programa de subsidios al desempleo hace parte del Fondo para el Fomento del Empleo y Protección al Desempleado –FONEDE-, fue creado en el marco de la ley 789 de 2002 y reglamentado por los Decretos 2340, 3450 de 2003 y 586 de 2004.

**Cuadro No. 60**  
**Total Subsidios al Desempleo Asignados,**  
**2009 (Anual)-2010 (Febrero)**

Años	Beneficiarios según modalidad		
	Con vinculación	Sin vinculación	Total Subsidios
2009	79.760	15.501	95.261

2010 (Febrero)	12.195	2.137	14.332
TOTAL	91.955	17.638	109.593

Fuente: Cálculos GFPT-DGPT-MPS con base en Superintendencia de Subsidio Familiar

Nota: Los datos están sujetos a cambios por modificaciones efectuadas por las Cajas de Compensación Familiar

Durante el periodo 2009-2010 (febrero) las Cajas de Compensación Familiar, asignaron 109.593 subsidios al desempleo (de los cuales 91.955 correspondieron a personas con vinculación anterior a Cajas de Compensación Familiar y 17.638 a personas sin vinculación anterior) (Ver Cuadro).

### Programa de microcrédito FONEDE.

Entre julio de 2009 y marzo de 2010, las Cajas de Compensación Familiar asignaron 676 microcréditos por un valor de \$17.760 millones y se realizaron 8.395 cursos para la inserción laboral, beneficiando a 56.950 personas.

**Cuadro No. 61**  
**Programas de Microcréditos**  
**Julio 2009 - Marzo 2010**

Créditos asignados	Valor asignado (Millones)
676	17.760

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 62**  
**Programas De Capacitación**  
**julio 2009 - marzo 2010**

Cursos Ejecutados	Beneficiarios
8.395	56.950

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

### Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo

Durante los años 2009-2010, se promovieron los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo de Santa Marta, Villavicencio, Cartagena y Boyacá, a través de visitas de información y sensibilización a los principales actores públicos y privados interesados en conformar dichos Observatorios.

Se fortalecieron los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo de Bucaramanga, Manizales, Risaralda, Armenia, Ibagué y Pasto. En estos Observatorios se desarrolló un proceso de fortalecimiento a través de la capacitación de sus equipos técnicos, actualización de los módulos de trabajo e institucionalización del Observatorio mediante la publicación de Boletines y puesta en marcha de sus respectivas páginas web.

Así mismo, se puso en marcha el minisitio web del Observatorio del Mercado de Trabajo de la Dirección General de Promoción del Trabajo, con sus principales links, actualización de publicaciones, estadísticas y noticias, entre otros aspectos.

Finalmente, con el objetivo de fortalecer institucionalmente a las entidades territoriales en su proceso de diseño e implementación de políticas de empleo, se elaboró el documento de propuesta de política de empleo para cinco (5) municipios de la región norte del departamento de Nariño, a través del contrato interadministrativo de cooperación con la Gobernación de Nariño No. 333 de 2009.

### Registro de precooperativas y cooperativas de trabajo asociado

En los años 2009 y 2010 con el apoyo de la Superintendencia de la Economía Solidaria, Departamento Administrativo Nacional de Economía Solidaria - DANSOCIAL, Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA y los gremios, se desarrolló una serie de foros Regionales con el objetivo de fortalecer los nuevos mecanismos de Inspección, Vigilancia y Control en las organizaciones de trabajo asociado, donde asistieron representantes y trabajadores asociados con los siguientes resultados.

**Cuadro No. 63**  
**Foros Regionales Precooperativas y**  
**Cooperativas de Trabajo Asociado**

Año	Ciudad	Asistentes
2009	Bogotá dos eventos	185
2010*	Cali	30
	Bucaramanga	134

*Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo  
A marzo de 2010*

Los foros estuvieron enfocados a fortalecer en los representantes y asociados de las Precooperativas y Cooperativas de Trabajo Asociado la nueva normatividad vigente (Decreto 4588 de 2006 y Ley 1233 de 2008).

### Asistencia Técnica, Apoyo y Capacitación sobre Cooperativas de Trabajo Asociado

Se realizó asistencia técnica sobre Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado a los funcionarios y/o entidades de 17 Departamentos.

El siguiente es el estado general de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado que han solicitado autorización de regímenes y las que han solicitado ajustes hasta el 30 de marzo de 2010 ante el Ministerio:

**Cuadro No. 64**  
**Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado**

Descripción	Estado General	Total
Estado de la Radicación	Archivada	13
	En Trámite	1.467
	Objetada	95
	Resuelta	4.057
	Total General	5.632
Tipo de Solicitud	Cuenta de Constituidas	1.644
	Cuenta de Ajustadas	2.413

*Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo*

El siguiente cuadro muestra el número de constituidas y ajustadas a la nueva normatividad en el periodo 2009 - 2010\*

### Cuadro No. 65 Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado

Periodo	Total	Cambio Porcentual	Constituidas o ajustadas
2009	5.561		311
2010*	<b>5.632</b>	1.2%	71

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo

Notas Con base en los datos suministrados por las Direcciones Territoriales

\*Cifras al 30 de marzo de 2010

Distribución por Departamento: La siguiente es la distribución de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado por departamento de acuerdo con el sistema de reporte de las Direcciones Territoriales:

### Cuadro No. 66 Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado

Departamento	No. de CTA y PCTA	Departamento	No. de CTA y PCTA
Amazonas	6	Huila	194
Antioquia	488	La Guajira	41
Arauca	21	Magdalena	114
Atlántico	374	Meta	194
Bolívar	98	Nariño	177
Boyacá	101	Norte de Santander	154
Caldas	111	Putumayo	32
Caquetá	16	Quindío	71
Casanare	30	Risaralda	116
Cauca	192	San Andrés Islas	3
Cesar	144	Santander	599
Choco	18	Sucre	48
Córdoba	78	Tolima	109
Cundinamarca	1.345	Valle Del Cauca	746
Guainía	1	Vaupés	1
Guaviare	7	TOTAL GENERAL	<b>5.632</b>

Fuente: Información suministrada por las Direcciones Territoriales del MPS

### Cuadro No. 67 Cooperativas exentas de acuerdo con la Ley 1233 de 2008

Periodo	Total
2009	298
2010	310

Fuente: Información suministrada por las Direcciones Territoriales del MPS

Nota: de acuerdo con las solicitudes allegadas a la Dirección General de Promoción del Trabajo

### Plan de visitas a Empresas Sociales del Estado

Durante el año 2009, se coordinó el desarrollo de un plan de visitas de manera conjunta con la Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de la Economía Solidaria y con el apoyo de las Direcciones Territoriales, sobre Empresas Sociales del Estado y Cooperativas de Trabajo Asociado con las cuales contratan. El punto de partida fue una prueba piloto que incluyó las siguientes visitas en la ciudad de Bogotá.

A partir de la prueba piloto se diseñó una muestra representativa, con la cual se busca tener un diagnóstico a nivel nacional con ESE's de 2º y 3er nivel en todo el país. La muestra representa un 42% aproximadamente del total de ESE's existentes en el país, de acuerdo con el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 68**  
**Plan de Visitas a Empresas Sociales del Estado**

Departamento	ESE	CTA
Bogotá, D. C.	12	15
Cundinamarca	3	13
Antioquia	9	41
Atlántico	4	10
Bolívar	2	9
Valle del Cauca	6	18
Magdalena	1	0
Quindío	2	15
Risaralda	3	8
Santander	3	8
Cauca	2	8
TOTAL	47	145

Fuente: Plan de visitas conjunto realizado en 2009 MPS – SUPERSOLIDARIA

### Ingreso de extranjeros al mercado laboral colombiano

Con base en la información estadística del Ministerio, basado en el análisis de proporcionalidad efectuado a las empresas que vincularon personal extranjero, se pudo establecer que durante los últimos dos años se han expedido 12.488 Certificados de Proporcionalidad de la siguiente manera:

**Cuadro No. 69**  
**Certificados de Proporcionalidad Expedidos por año.**  
**2009-2010 (\*)**

AÑO	Total Certificados
2009	9.508
2010	2.980
TOTAL	12.488

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción del Trabajo. (\*) Datos a marzo de 2010

Durante este período, del total de las empresas que solicitaron Certificados de Proporcionalidad la mayor concentración de extranjeros por actividad económica de las empresas, está en la acti-

vidad No. 9 (servicios comerciales, comunales personales y de educación), le siguen en su orden las actividades 6 (comercio al por mayor y al por menor) y la No. 3 (industria manufacturera).

### Variaciones de Proporcionalidad autorizadas

En este período, se aprobaron 24 estudios de variación de proporcionalidad, con base en los cuales se expedieron igual número de Resoluciones de Variación de proporcionalidad. Igualmente, se realizó seguimiento a los planes de entrenamiento y capacitación a las empresas con autorización de variación de proporcionalidad, en promedio cada cuatro (4) meses.

Se expidió la Resolución 977 del 2009, por la cual se reduce el tiempo de expedición del certificado de proporcionalidad de 10 a 5 días hábiles y, la Resolución 493 del 8 de febrero de 2010, por la cual se amplía la vigencia del certificado de proporcionalidad de tres a seis meses. Finalmente se inició la automatización del trámite de solicitud de certificados de proporcionalidad, a fin de que sea realizado en línea por la empresa solicitante.

### 5.2.2 Acciones de intermediación laboral

#### Servicio público de empleo <http://colombianostrabajando.sena.edu.co>

El SENA lidera el Servicio Nacional de Empleo (SNE) del país, generando mecanismos de articulación entre la demanda de trabajo en las empresas y la oferta laboral existente. Los colombianos que buscan empleo pueden acceder al SPE de manera virtual o presencialmente en las 75 sedes existentes para tal fin.

**Cuadro No. 70**  
**Servicio Público de Empleo**  
**2009- Abril 2010**

Servicio Público de Empleo	Ejecución
	Jul-2009 Abr - 2010
Personas inscritas en el Servicio Público de Empleo	662.300
Vacantes registradas en el Servicio Público de Empleo	150.246
Personas colocadas laboralmente a través del Servicio Público de Empleo	99.069
Personas orientadas en el Servicio Público de Empleo	329.362
Porcentaje de vacantes utilizadas por inscritos en el Servicio Público de Empleo	66%

Fuente: SENA

### Registro de empresas de servicios temporales

El Registro Nacional de Empresas de Servicios Temporales y Agencias de Colocación o Empleo, identifica las empresas que fueron autorizadas, suspendidas o canceladas en todo el país; incluye actualmente la información de 726 Empresas de Servicios Temporales; registro que se encuentra publicado en la Página Web del Ministerio. [www.minproteccionsocial.gov.co/obtrabajo](http://www.minproteccionsocial.gov.co/obtrabajo).

Durante el 2009 se presentaron 1.128.351 inscritos; se realizaron 730.368 requisiciones y se colocaron 710.833 personas, que corresponde al 62.9% del total de inscritos en el período y al 97.3% de efectividad en el cubrimiento del total de las vacantes –requisiciones de las empresas usuarias, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

### Cuadro No. 71

#### Requisiciones y Colocaciones de Mano de Obra a través de Empresas de Servicios Temporales 2009

Año	Inscritos-Oferta	Requisiciones-Demanda	Colocados – Demanda
2009(*)	1.128.351	730.368	710.833

Fuente: MPS - Direcciones Territoriales de Trabajo- Informes Trimestrales

(\*) Datos parciales

## 5.3 Protección laboral

### Colombia ante la OIT

Colombia ha seguido un proceso sostenido para ajustar su legislación laboral al contenido de los convenios internacionales del trabajo, confirmando el total compromiso del Gobierno con los principios y derechos fundamentales en el trabajo.

A partir de 2002, no obstante de haber sido citado en 5 oportunidades, la Comisión de Normas de la Conferencia no ha proferido párrafos especiales; por el contrario, se señaló a Colombia como un caso en progreso, en donde los índices de violencia contra sindicalistas y líderes sindicales han disminuido significativamente y se han proferido importantes modificaciones que adecuan la legislación interna a los convenios en materia de libertad sindical, conforme a las reiteradas observaciones de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones.

El informe publicado en febrero de 2010, señaló: “La Comisión reconoce todas las medidas - de carácter práctico y legislativo - que el Gobierno ha venido adoptando en el último período en la lucha contra la violencia en general y contra el movimiento sindical, y comprueba una disminución de los asesinatos de sindicalistas de 2008 a 2009, así como de la violencia en general”.

Así mismo señaló: “La Comisión valora los compromisos concretos del Gobierno expresados en una comunicación que el Gobierno entregó a la misión que visitó el país en octubre de 2009”

Concientes de la importancia que representa para el Gobierno Nacional y para los actores sociales los espacios de diálogo social, concertación, distensión y promoción de los derechos humanos y derechos fundamentales en el trabajo y siendo un compromiso para el Estado Colombiano la promoción y divulgación de los mismos, en unión con las centrales de trabajadores y los empresarios del país, el Ministerio de la Protección Social lidera varios espacios de diálogo.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo 2006-2010, el primero de junio de 2006, en la 95 Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT en Ginebra (Suiza), los delegados colombianos de las centrales obreras, el gobierno y los empresarios, firmaron el “Acuerdo Tripartito por el Derecho de Asociación y la Democracia”.

Como resultado del Acuerdo tripartito se aprobó financiar el Macro proyecto “Asistencia Técnica para la Promoción del Trabajo Digno y Decente” por valor de \$7.600 millones, que incluyó los subproyectos: Fortalecimiento del diálogo social, los derechos fundamentales en el trabajo y la inspección, vigilancia y control del trabajo en Colombia, Implementación de programas de generación de empleo para Mujeres Pobres a nivel nacional, Capacitación Técnica Empresarial a 2000 jóvenes desplazados a nivel nacional, Capacitación para el Desarrollo y Fortalecimiento de capacidades para la promoción del desarrollo económico local PRODEL a nivel nacional.

Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social realiza permanentemente asistencia técnica a la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, y a las Subcomi-

siones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, de conformidad con lo establecido en la Ley 278 de 1996.

### 5.3.1 Protección de los derechos fundamentales en el trabajo y fortalecimiento del diálogo social

#### Mesas de Diálogo:

Comisión Especial para el Tratamiento de Conflictos, CETCOIT

En el Periodo se tramitaron ante la CETCOIT, setenta y seis (76) casos con los siguientes resultados.

**Cuadro No. 72**  
**Casos Tramitados**

Casos	No.
Archivados	19
Acuerdo	9
Sin Respuesta de la CUT	5
Sin Respuesta de la CGT	2
Sin Respuesta de la CTC	2
Pendiente de Comunicación	11
Pendiente de Comité	1
Seguimiento CTC	1
Seguimiento CUT	2
Sin Respuesta	8
Comisión	1
Total	76

*Fuente: Viceministerio de Relaciones Laborales – Grupo Defensa, Protección y Promoción de los Derechos Humanos*

### 5.3.2 Capacitación a Líderes Sindicales

Este programa financiado con recursos de funcionamiento del MPS, constituye un mecanismo de apoyo y fortalecimiento del sector sindical dentro de la estrategia para generar fortalezas en la negociación y la concertación. Comprende cursos de breve duración organizados por los trabajadores sindicalizados, para difundir y actualizar las posiciones sindicales relacionadas con la estructura de sus organizaciones, con los conceptos sobre el sistema de relaciones laborales, la participación política, y el diálogo social.

En 2009, se hizo una asignación presupuestal por valor de \$ 501,6 millones de pesos y se beneficiaron 1.584 sindicalistas. La asignación presupuestal para 2010 es de \$ 521,7 millones.

### 5.3.3 Programa de Protección a Líderes Sindicales

#### Disminución en Homicidios de Sindicalistas

Las políticas del Gobierno, han producido resultados al lograrse bajar la tasa agregada de homicidios de la población colombiana en un 45% entre el 2001 y el 2009 y la tasa de homicidios en contra de miembros del movimiento sindical se redujo en un 86%. La gráfica siguiente ilustra la tendencia.

**Gráfica No. 6**  
**Disminución Homicidios Sindicalistas**



Fuente: Viceministerio de Relaciones Laborales – Grupo Defensa, Protección y Promoción de los Derechos Humanos

En el año 2009 se protegieron 1550 líderes sindicales.

Como parte de la política de defensa y garantías para los derechos de los trabajadores, se ha fortalecido el programa de protección para los líderes sindicales. Para el año 2009 el presupuesto del programa ejecutado para la protección de éstos fue de \$15.5 millones.

**Cuadro No. 73**  
**Resumen Medidas Adoptadas para Proteger a los Sindicalistas**

Año	Homicidios población Colombiana	Estadísticas Gobierno Homicidios Sindicalistas	Estadísticas Centrales Homicidios Sindicalistas	Sentencias proferidas por año	Medidas de Protección para sindicalistas	Presupuesto ejecutado para sindicatos en dólares
2001	27.841	205	197	1	1,043	6.857.998
2002	28.837	196	186	10	1,566	7.967.965
2003	23.507	101	94	7	1,424	8.441.301
2004	20.167	89	96	12	1,615	9.247.747
2005	18.112	40	70	8	1,493	9.424.207
2006	17.479	60	72	11	1,504	11.320.514
2007	17.198	26	39	44	1,959	12.227.203
2008	16.140	38	49	75	1,980	11.873.770
2009	15.817	28	*39	83	1,550	15.481.763
2010		6	9	7		*
Total	185.098	789	851	258	14.134	92.842.468

Fuente: Viceministerio de Relaciones Laborales – Grupo Defensa, Protección y Promoción de los Derechos Humanos

### Aumento de Penas para Delitos Contra Sindicalistas: Ley 1309 de 2009

El Congreso de la República, acogiendo la propuesta presentada por el Gobierno Nacional, aprobó el 19 de junio de 2009, la modificación de algunos artículos de la Ley 599 de 2000,

relacionados con las conductas punibles que atentan contra los bienes jurídicamente protegidos de los miembros de una organización sindical.

Con la Ley 1309 se logró aumentar el periodo de prescripción del homicidio de sindicalistas y equiparlo a la gravedad de genocidio, desaparición forzada, tortura y desplazamiento forzado.

## 5.4. Cumplimiento de normas de trabajo y de seguridad social

### 5.4.1 Acciones en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo en materia laboral y de seguridad social

El sistema de IVC en desarrollo a los planes de gobierno en el período contentivo ha adelantado las siguientes acciones:

- » Contrato Sindical: en desarrollo de los lineamientos de un sindicalismo participativo, para esta vigencia se han registrado 21 Contratos.
- » Proyecto de Inversión “Asistencia técnica para modernizar y optimizar el sistema de inspección, vigilancia y control con divulgación de la normatividad laboral orientada a la clase empresarial y trabajadora del sector formal, informal y formas asociativas vulnerables”, recursos presupuestales asignados por un monto de \$700 millones.
- » Se cumplió Plan de visitas de fortalecimiento a las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales de Trabajo, 5 seminarios dirigidos a los servidores públicos de las Direcciones Territoriales con el propósito de fortalecer en los siguientes temas: Cooperativas de Trabajo, Herramientas de Gestión de Calidad en el proceso de inspección Laboral, Instrumentación para el mejoramiento del Sistema Integral de Inspección Laboral (SIIT) y se realizó el encuentro nacional del Sistema de Inspección Laboral en el país con el objetivo de fortalecer los temas jurídico-laborales y se desarrollaron 3 Audiencias Públicas con la intervención del Viceministro de Relaciones Laborales, las Centrales Obreras y algunos sectores económicos.
- » Fortalecimiento de las relaciones laborales individuales y colectivas a través de la mediación, conciliación y arbitraje con los actores del sistema para el cumplimiento de la normatividad laboral se adelantaron las actividades que se resumen en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 74**  
**Relación de Procesos y Actividades Desarrolladas**

Año	Tribunales de Arbitramento				Realización de Estudios Económico-Técnico	
	Convocados	No Convocados	Integración	Aprobación Tercer Arbitro	Despido Colectivo	Disminución de Capital
2009	33	11	25	46	8	7
2010	13	5	7	3	3	2
Total	46	16	32	49	11	9

*Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.*

- » En el tema de registro de inscripción de actas de constitución de una organización sindical, depósitos de modificación de estatutos y cambios de Juntas Directivas se registraron las acciones que se indican en el siguiente cuadro, dando cumplimiento a las sentencias C-465 y C-695 de 2008.

### Cuadro No. 75 Negociación Colectiva

Año	Depósito de Convenc.	Depósito de Pactos	Denuncias de Convenc.	Denuncias de pactos	Huelgas	Organiz. Sindicales nuevas	Cese de Activid.
					Realizadas		
2009	391	218	461	41	1	174	287
2010	76	111				14	

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

### Acciones de Inspección, Vigilancia y Control - Cooperativas de Trabajo Asociado.

En atención al llamado de prioridad efectuado por el Gobierno Nacional el Ministerio se encuentra adelantando un plan de visitas a Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado en ejercicio de la facultad de inspección y vigilancia.

### Cuadro No. 76 Número de Visitas a Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado julio 2009 – abril 2010

VARIABLE	SEGUNDO SEMESTRE 2009	PRIMER TRIMESTRE 2010
Numero de Visitas a Cooperativas de Trabajo Asociado	1.181	146
Numero de Visitas a Precooperativas de Trabajo Asociado	39	9
TOTAL VISITAS	1.220	155

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

### Cuadro No. 77 Número Sanciones a Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado julio 2009 – abril 2010

VARIABLE	SEGUNDO SEMESTRE 2009	PRIMER TRIMESTRE 2010
Sanciones a Cooperativas	55	23
Sanciones a Precooperativas	0	0
TOTAL COOPERATIVAS SANCIONADAS	55	23

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

#### 5.4.2 Fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales

Se crea el Grupo de Atención al Ciudadano y Trámites responsable de atender al ciudadano, suministrando la información, recepcionando y efectuando los tramites y dando respuestas a las solicitudes de los usuarios como son: autorizaciones, depósitos, certificaciones, permisos entre otras; de igual forma, registra los datos estadísticos y consolida información insumo de análisis de riesgo laboral de la Dirección Territorial.

El recién creado Grupo de Resolución de Conflictos-Conciliación: se especializa en atender las audiencias de conciliación, conflictos rurales de trabajo y de acoso laboral, realiza programas peda-

gógicos de mejoramiento de las relaciones laborales y apoya los procesos de negociación colectiva. Grupo de Prevención, Inspección, Vigilancia y control realiza las campañas informativas y promociona el cumplimiento de las normas laborales, efectúa la inspección preventiva, adelanta las investigaciones administrativo- laborales e impone las sanciones por no cumplimiento a las normas laborales.

### 5.4.3 Fortalecimiento del sistema de inspección del trabajo

Se elaboraron desarrollos normativos que permiten ajustar la estructura a los requerimientos del entorno socioeconómico, especialmente con:

- » Resolución 2605 de 2009, se crean grupos y reasignan funciones en el MPS.
- » Resoluciones 2776 y 2779 del 4 de agosto de 2009 – distribución de los nuevos cargos y manual de funciones.

Los resultados de dichos desarrollos normativos se ven reflejados en:

- » Grupo de Direccionamiento Estratégico, con la misión de gerenciar la información, realizar los análisis del riesgo laboral y generar estrategias y líneas de acción a desarrollar.
- » Grupo de Gestión y Desarrollo (antes Inspección y Vigilancia Preventiva), para el diseño de mecanismos y creación de instrumentos para la estandarización del proceso de prevención, inspección y vigilancia; así mismo coordinar con las dependencias del ministerio, las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales los esquemas de inspección preventiva y reactiva del trabajo.
- » Grupo de Gestión Laboral (antes Relaciones Laborales Individuales y Colectivas), para adelantar las funciones establecidas por Ley, tal como: convocatoria, integración, asignación de árbitro y pago de honorarios en los tribunales de arbitramento, emisión de conceptos económicos y técnicos a las solicitudes de despido colectivo, suspensión de actividades, disminuciones de capital.
- » Grupo de Archivo Sindical, como el responsable y salvaguarda de los documentos relacionados con las organizaciones sindicales y la expedición de certificaciones en cuanto a su contenido, acorde a las solicitudes de los órganos de control, antes de la rama jurisdiccional y los particulares entre otros.

### 5.4.4 Consolidado de actividades de las Direcciones Territoriales

En el siguiente cuadro, se presentan las actividades desarrolladas por la Direcciones Territoriales del Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de sus funciones,

**Cuadro No. 78**  
**Actividades Desarrolladas por las Direcciones Territoriales**  
**2009 – 2010**

VARIABLES	TOTAL 2009- Abril 2010
Atención al Público	
Consultas Verbales	240.874

VARIABLES	TOTAL 2009- Abril 2010
Actas Conciliadas	46.647
Actas no Conciliadas	11.530
Visitas	
Visitas de Inspección de Carácter General	5.866
Investigaciones	
Investigaciones Administrativas	25.278
Sanciones	
Sanciones a los Derechos Laborales Individuales	178
Sanciones por Violación a la Convención Colectiva	13
Sanciones por negativa a Negociar	1
Sanciones por atentar contra el Derecho de Asociación Sindical	2
Sanciones por Evasión y Elusión Sistema de Riesgos Profesionales	131
Sanciones por Evasión y Elusión Sistema de Pensiones	973
Sanciones por Evasión y Elusión a Parafiscales	25
Sanciones por no cumplir con los Requerimientos	368
Infancia y adolescencia	
Autorizaciones concedidas a menores	3.781
Autorizaciones negadas a menores	2.340
Estado de embarazo	
Solicitud de Despido en estado de Embarazo Autorizadas	35
Solicitudes de Despido en estado de Embarazo Negadas	43
Reglamentos y Registros	
Reglamentos de Trabajo Aprobados	3.866
Comités Paritarios de Salud y Vigías Ocupacionales registrados	15.372

Fuente: Dirección General de IVC de Trabajo.

### 5.4.5. Trabajo infantil

Se ha desarrollado la estrategia de Trabajo Infantil a través de procesos integrales que incluyen los contextos familiares, escolares, comunitarios y de gestión institucional. Dicha estrategia está dirigida a la restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, a través de los Comités de Erradicación de Trabajo Infantil de los niveles departamental y municipal. Con respecto a la Reducción en la tasa de Trabajo Infantil, la Dirección ha tenido diferentes logros que incluyen:

- » Actualización del sistema de información del trabajo infantil y el sistema de indicadores, a través del Convenio 295/ 2008 realizado entre Save the Children y el Ministerio de la Protección Social - Dirección de Protección Laboral.
- » Recolección de la información para actualizar las estadísticas de niñas, niños y adolescentes y aplicación del Módulo de seguimiento de indicadores del trabajo infantil en el último trimestre 2009, mediante la Encuesta Integrada de hogares.
- » El Convenio de Cooperación Técnica suscrito con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional- Acción Social- el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de la Protección Social. Uno de los componentes de este Convenio es el Sistema de Información para la Erradicación del Trabajo Infantil, a través del cual se apoyará la construcción de un sistema de registro unificado para la identificación, seguimiento y

medición del trabajo infantil durante el 2010. Los recursos de dicho Convenio están incluidos en el proyecto de inversión “Implementación para el fortalecimiento del sistema de protección social en Colombia”.

Por su parte, la Socialización e implementación de la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y Proteger al Joven Trabajador (ENETI) obtuvo los siguientes resultados:

- » 2.572 niñas, niños y adolescentes identificados y asistidos en acciones de prevención (1.564 niñas, niños y adolescentes asistidos) y en acciones de atención (21.008 niñas, niños y adolescentes atendidos) a través de la intervención de Save the Children, Alianza por Colombia, Proniño, Partners e ICBF. Las acciones de prevención incluyen: Capacitaciones; Talleres de Sensibilización, Campañas de Comunicación. Y las acciones de atención incluyen Escolarización, Salud, Actividades Lúdicas, Registros e identificación y Nutrición.
- » Asistencia técnica y difusión de la estrategia en 12 proyectos piloto, que responden al Auto 251 del 2008. Los temas desarrollados dentro de dicha estrategia son: promoción de los principios y derechos fundamentales en el trabajo con énfasis en erradicación de trabajo infantil y socialización de las diferencias entre lo que constituye conductas punibles y trabajos prohibidos para niñas, niños y adolescentes.
- » A través de la gestión con las Gobernaciones para la destinación de recursos a la estrategia nacional para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil y proteger al joven trabajador, se incrementaron en un 100% los departamentos que contribuyen en este tema. De esta manera, al finalizar el 2009 se logró un total de \$133.610 millones para destinación de recursos a la Prevención y Erradicación del trabajo infantil en los departamentos.
- » 11 Departamentos asistidos en estrategias erradicación de trabajo infantil a través del Proyecto “Fortalecimiento, intervención directa para la prevención, desestimulo y erradicación progresiva del trabajo infantil y protección al joven trabajador”, realizado con el apoyo de la OIT.
- » 32 Comités Departamentales de erradicación de trabajo infantil y 17 Comités Municipales fortalecidos e intervenidos a través del Convenio 295/ 2008 Save the Children- Ministerio de la Protección Social. Estos Comités se constituyeron de manera tripartita, con una alta participación del gobierno local y municipal y con participación de los diferentes actores representativos de la región como la Academia y Organizaciones Sociales.

## 6. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

### 6.1. Comportamiento de los recursos del sector salud

La financiación del sector se realiza fundamentalmente, con recursos de los aportes al Régimen Contributivo de Salud de las personas con una relación laboral o con capacidad de pago para contribuir a dicho Régimen, con recursos públicos como el Presupuesto General de la Nación-PGN-y el Sistema General de Participaciones-SGP-y con otros de rentas cedidas, regalías e ingresos corrientes de las entidades territoriales. Dadas las distintas fuentes que financian el sistema, es fundamental garantizar su sostenibilidad financiera a través de la vinculación de la población colombiana a la seguridad social y la optimización del flujo de recursos, que como se señaló, proviene de distintas fuentes de financiación del orden nacional y territorial.

En este contexto, resulta necesario adelantar acciones que contribuyan a disminuir los niveles de evasión y elusión en las contribuciones y fortalecer la adecuada y eficiente administración de los recursos, por parte de los diferentes actores del sistema que participan en la ejecución de los mismos.

Durante el 2009, el Ministerio de la Protección Social actualizó los estudios de sostenibilidad financiera de las Subcuentas de Compensación, Solidaridad y Promoción y Prevención del FOSYGA, que sirvieron de soporte para que la Comisión de Regulación en Salud, adoptara las decisiones relacionadas con el incremento de la Unidad de Pago por Capitación UPC en el último año. En el citado estudio se concluye que al cierre de la vigencia 2009, el proceso neto de compensación presentaría superávit de aproximadamente \$727.000 millones y al cierre del 2010 este superávit ascenderá aproximadamente a \$767.713 millones; para las siguientes vigencias se prevé la misma tendencia superavitaria.

El comportamiento de las variables de densidad familiar y salarial explica los resultados superavitarios del proceso neto de compensación y el incremento en los recaudos.

No obstante la tendencia superavitaria y el mejor desempeño de los indicadores mencionados, la Subcuenta viene destinando cuantiosos recursos del recaudo de la vigencia y de excedentes financieros para asumir el pago de fallos de tutela por medicamentos y procedimientos no incluidos en el plan de beneficios y por medicamentos no incluidos en dicho plan autorizados por los Comités Técnicos Científicos de las EPS, lo cual genera el déficit corriente de la Subcuenta si se integran la totalidad de ingresos y gastos de la vigencia. Para asumir la totalidad de los gastos a cargo de la Subcuenta, ha debido recurrirse a la incorporación de los excedentes financieros acumulados en vigencias anteriores, que pasaron de \$1.212.366 millones al cierre de la vigencia 2008 a \$392.272 millones al cierre de la vigencia 2009.

Esta presión del gasto del FOSYGA derivada del pago de los recobros, generará en el primer semestre de la vigencia 2010 el agotamiento de los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación y del superávit de la Subcuenta de la vigencia, lo cual evidencia un problema estructural en el financiamiento del sistema.

### 6.1.1 Sistema General de Participaciones

En la vigencia 2009 mediante Documentos Conpes 122 y 123 se asignaron recursos por valor de \$4.986.785 millones, distribuidos así: \$3.224.520 millones equivalentes al 64.7% para financiar la continuidad y ampliación del Régimen Subsidiado, \$1.258.599 millones equivalentes al 25.2%, de los cuales \$361.540 millones correspondieron a aportes patronales, para financiar la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda y \$503.666 millones equivalentes al 10.1% se destinaron a las acciones de Salud Pública.

Para la vigencia 2010 mediante Documentos Conpes 132 y 133 se asignaron recursos por valor de \$ 5.379.247 millones, distribuidos así: \$ 3.496.511 millones equivalentes al 65% para financiar la continuidad y ampliación del Régimen Subsidiado, \$1.339.432 millones equivalentes al 24.9%, de los cuales \$364.472 millones correspondieron a aportes patronales, para financiar la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda y \$543.304 millones equivalentes al 10.1% se destinaron a las acciones de Salud Pública.

### 6.1.2 Fondos

#### Fondo de Solidaridad Pensional

El Fondo de Solidaridad Pensional es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de la protección Social, destinada a subsidiar las cotizaciones para pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso a los Sistemas de Seguridad Social. Igualmente sus recursos se encuentran destinados al otorgamiento de subsidios económicos para la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema.

Los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad Pensional se administran en dos subcuentas: la de solidaridad y la de subsistencia.

**La Subcuenta de Solidaridad** subsidia temporalmente los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, mujer microempresaria, madres comunitarias, discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción.

El monto de subsidio para cotización en pensión que se otorga es el siguiente:

- » 95% para los discapacitados.
- » 75% para trabajadores del sector rural y urbano.
- » 80% para madres comunitarias.

El Plan de Desarrollo 2006 – 2010, en su capítulo tercero hace referencia al aumento de la cobertura en afiliación a pensiones del 25% actual, 38% en 2010 y de manera específica en cuanto a la subcuenta de solidaridad señala que “Para aumentar la cobertura para los grupos mas vulnerables, se adecuará la reglamentación y el funcionamiento de la Cuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional (FSP)”. Aspecto que inicialmente fue abordado en el CONPES 105 de 2007 al ajustar los requisitos de acceso al subsidio bajando a 500 semanas como mínimo, previas al otorgamiento del subsidio

Posteriormente al documento CONPES 105, se expidió la Ley 1187 de 2008 que modificó los requisitos de acceso a las madres comunitarias permitiendo el mayor acceso de este grupo poblacional sin el requisito de semanas de cotización previas para hacer la afiliación al Programa Subsidiado de Aporte a la Pensión de la subcuenta y sin requisito de edad, lo que generó un aumento de las afiliaciones. Así mismo la Ley 1151 de 2007 indicó la vinculación de personas con discapacidad a cualquier edad.

De otra parte, considerando la baja cobertura en los grupos poblacionales de trabajadores urbanos y rurales por su limitación en los requisitos de edad y de semanas de cotización para vincularse al programa, a través del CONPES 3605 de 2009 y decreto 4944 del mismo año, se flexibilizaron dichos requisitos, permitiendo el ingreso a personas menores de 55 años y disminuyendo el número de semanas previas a 250, así mismo se incluyeron a los concejales de los municipios de categoría 4, 5 y 6. Los requisitos actuales se observan en el siguiente resumen:

**Cuadro No. 79**  
**Requisitos de Acceso según CONPES 3605 de 2009**

Grupo Poblacional	Condiciones		Beneficios	
	Edad	Semanas Previas	Tiempo del Subsidio (Semanas)	Porcentaje del Subsidio
Trabajadores Independientes del Sector Rural y Urbano	RPMPD >35 años y < 55 años	250	650	75%
	RAIS > 35 años y < 58 años			
	RPMPD > 55 años	500	500	75%
	RAIS > 58 años			
Concejales	RPMPD >35 años y < 55 años	250	650	75%
	RAIS > 35 años y < 58 años			
	RPMPD > 55 años	500	500	75%
	RAIS > 58 años			
Trabajadores Discapacitados	SIN	500	750	95%
Madres Comunitarias	SIN	SIN	750	80%
Desocupados	RPMPD > 55 años	500	650	70%
	RAIS > 58 años			

Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones  
 RPMPD: Régimen de Prima Media con Prestación Definida  
 RAIS: Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad

El comportamiento de afiliaciones a la subcuenta de solidaridad para el periodo 2009 y primer trimestre de 2010 se discriminan por grupo como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 80**  
**Fondo de Solidaridad Pensional - Subcuenta de Solidaridad**  
**2009 – marzo 2010**

Numero de Beneficiarios por Grupo Poblacional					
AÑO	Independiente Urbano	Independiente Rural	Madre Comunitaria	Discapacitado	Total Beneficiarios
2009	93.208	56.205	33.190	3.535	186.138
2010 (*)	87.307	53.910	31.694	3.435	176.346

Fuente: Informes de Gestión Consorcio Prosperar Cortes: 31 de diciembre de cada vigencia, (\*) Corte Marzo de 2010

**Fondo de Solidaridad y Garantías - FOSYGA**

La apropiación definitiva del presupuesto de ingresos del Fondo de Solidaridad y Garantía para el 2009 fue de \$16.972.019 millones, recaudándose \$16.966.659 millones, de los cuales \$11.653.436 millones, el 68.7% corresponden a la Subcuenta de Compensación, el 20.3% a la Subcuenta de Solidaridad, el 3.9% a la Subcuenta de Promoción y el 7.1% a la Subcuenta ECAT. La ejecución del presupuesto de gastos del FOSYGA para el 2009 ascendió a \$15.584.199 millones, de los cuales el 73.5% corresponde a la Subcuenta de Compensación, el 18.9% a la Subcuenta de Solidaridad, el 4.1% a la Subcuenta de Promoción y el 3.5% a la Subcuenta ECAT.

**Cuadro No. 81**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA**  
**Vigencia 2009**  
(Millones de Pesos)

Subcuenta	Ingresos				Gastos		
	Apropiación Definitiva	Recaudo Efectivo	Porcentaje Ejecución	Part % X Subcuenta	Ejecución Compromisos	Porcentaje Ejecución	Part % X Subcuenta
Compensación	12,627,367	11,653,436	92.3%	68.7%	11,460,054	90.8%	73.5%
Solidaridad	3,014,474	3,455,381	114.6%	20.3%	2,940,024	97.5%	18.9%
Promoción	746,027	655,183	87.8%	3.9%	634,772	85.1%	4.1%
ECAT	584,151	1,202,659	205.9%	7.1%	549,349	94.0%	3.5%
TOTAL	16,972,019	16,966,659	99.9%	100.0%	15,584,199	91.8%	100.0%

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

Mediante Acuerdo No. 411 y Resoluciones Nos. 315, 2051, 3034, 3875, 4805 y 5374 de 2009, se adicionó el presupuesto de ingresos y gastos del FOSYGA en la vigencia 2009, de las Subcuentas de Compensación por valor de \$2.014.847 millones, Solidaridad por \$36.843 millones y Promoción por \$166.004 millones, para una apropiación definitiva de \$16.972.019 millones.

### Cuadro No. 82

#### Presupuesto Aprobado y Adiciones Presupuestales FOSYGA

#### Vigencia 2009

(Millones de Pesos)

Subcuenta	Compensación	Solidaridad	Promoción	ECAT	Total
Apropiación Inicial Acuerdo 405 y Resolución 315	10,612,520	2,977,631	580,023	584,151	14,754,325
Acuerdo 411			30,000		30,000
Modificación Resolución 2051 Adición y Traslado			7,090		7,090
Modificación Resolución 3034 Adición y Traslado	874,600	25,300	73,328		973,228
Modificación Resolución 3875 Adición y Traslado	957,247	4,173	30,586		992,006
Modificación Resolución 4805 Adición y Traslado	183,000	7,370			190,370
Modificación Resolución 5374 Adición y Traslado			25,000		25,000
Apropiación Definitiva	12,627,367	3,014,474	746,027	584,151	16,972,019

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

Mediante Resolución No. 5435 de 2009, se aprobó el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA para la vigencia 2010 por valor de \$16.099.007 millones, autorizándose ajustes a los ingresos y gastos de las Subcuentas de Solidaridad y de Promoción, para una apropiación definitiva a marzo del 2010 de \$17.032.236 millones, de los cuales se han recaudado a marzo \$6.934.885 millones, correspondiendo el 46.5% a la Subcuenta de Compensación, el 26.2% a la Subcuenta de Solidaridad, el 10.6% a la Subcuenta de Promoción y el 16.7% a la Subcuenta ECAT. Respecto al presupuesto de gastos, a marzo del 2010 se ha ejecutado el 35.7% equivalente a \$6.078.857 millones de los cuales el 29.7% corresponde a la Subcuenta de Compensación, el 44.8% a la Subcuenta de Solidaridad, el 18.1% a la Subcuenta de Promoción y el 79.2% a la Subcuenta ECAT.

### Cuadro No. 83

#### Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos FOSYGA

#### enero – marzo de 2010

(Millones de Pesos)

Subcuenta	Ingresos				Gastos		
	Apropiación definitiva	Recaudo	Ejecución %	Part % X Subcuenta	Ejecución	Ejecución %	Part % X Subcuenta
Compensación	11,352,928	3,226,497	28.4%	46.5%	3,377,039	29.7%	55.6%
Solidaridad	3,465,616	1,818,504	52.5%	26.2%	1,550,959	44.8%	25.5%
Promoción	987,542	735,336	74.5%	10.6%	179,204	18.1%	2.9%
ECAT	1,226,150	1,154,548	94.2%	16.7%	971,655	79.2%	16.0%
TOTAL	17,032,236	6,934,885	40.7%	100.0%	6,078,857	35.7%	100.0%

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

**Cuadro No. 84**  
**Ejecución de Ingresos FOSYGA Vigencia 2009**

(Millones de Pesos)

SUBCUENTA	2009			
	Compensación	Apropiación Definitiva	Recaudo Acumulado	Ejec %
Recaudo Proceso de Compensación UPC - sin situación de fondos		8.792.324	8.069.026	91,8
Recaudo Proceso de Compensación - con situación de fondos		2.337.542	2.072.333	88,7
Recursos Subcuenta de Solidaridad para Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar		28.363	39.945	140,8
Rendimientos Financieros Subcuenta de Solidaridad y Promoción para el Régimen de Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar		8.465	13.524	159,8
Recaudo Régimen de Excepción		289.828	318.340	109,8
Rendimientos Financieros Inversiones		226.536	180.942	79,9
Rendimientos Financieros Cuentas Recaudo EPS		32.599	36.481	111,9
Excedentes financieros vigencia 2008		904.444	904.444	100,0
Rendimientos Financieros sin Situación de Fondos Cuentas de Recaudo apropiación EPS		7.266	6.081	83,7
Sanciones		0	12	0,0
Otros Ingresos		0	12.308	0,0
Subtotal		12.627.367	11.653.436	92,3
<b>Solidaridad</b>				
Paripassu Nación - otros recursos con Situación de Fondos		332.693	214.131	64,4
Deuda Nación - otros recursos con Situación de Fondos		236.747	168.246	71,1
Contribución de Solidaridad Proveniente de Cotizaciones - Fondos Especiales		1.426.089	1.559.792	109,4
Cajas de Compensación Familiar		104.184	95.745	91,9
Impuesto Social a las Armas		3.396	2.852	84,0
Rendimientos Financieros de Inversiones		116.880	178.064	152,3
Rendimientos Cuentas de Recaudo EPS		1.369	1.087	79,4
Excedentes Financieros Vigencia 2007 Y 2008		642.556	642.556	100,0
Multas		0	1.139	0,0
Sanciones		0	5	0,0
Aportes del presupuesto Nacional – Vigencias Anteriores		0	464.122	0,0
Otros Recursos con Situación de Fondos transferencia para la Subcuenta de Promoción		25.000	0	0,0
Cajas de Compensación Familiar Sin Situación de Fondos				
Otros Ingresos		0	2.082	0,0
Transferencia Excedentes Financieros Vigencia 2007 Subcuenta ECAT art. 65 ley 1260/08		125.560	125.560	100,0
Subtotal		3.014.474	3.455.381	114,6
<b>Promoción</b>				
Recaudo proceso compensación 0.41 puntos del Régimen Contributivo - sin situación de fondos		307.809	238.958	77,6
Recaudo proceso de compensación 0.41 puntos del Régimen contributivo-con situación de fondos		82.861	49.744	60,0
Recaudo régimen de excepción		10.001	5.647	56,5
Fondos especiales - Impuesto Social a las Municiones y Explosivos		1.300	2.621	201,6

SUBCUENTA	2009		
Rendimientos financieros inversiones	15.554	29.474	189,5
Excedentes financieros vigencia 2008 Y 2009	87.410	87.410	100,0
Rendimientos financieros cuentas recaudo EPS	476	252	52,9
Otros ingresos	0	461	0,0
Transferencia excedentes financieros vigencia 2007 Y 2008 subcuenta ECAT art. 65 ley 1260/08	215.616	215.616	100,0
Transferencia de la subcuenta de solidaridad - otros recursos con situación de fondos	25.000	25.000	100,0
Subtotal	746.027	655.183	87,8
<b>ECAT</b>			
Fonsat 20 %	61.470	179.447	291,9
Soat 50%	152.569	453.107	297,0
Recaudo Procesos de Repetición	236	270	114,4
Rendimientos Financieros Inversiones	1.000	197.873	197.873
Excedentes Financieros Vigencia 2007 Y 2008	368.876	368.876	100,0
Reintegro Liquidación Convenios y Contratos Vigencias Anteriores	0	1.120	0,0
Ingresos Extraordinarios	0	1.966	0,0
Otros Ingresos	0	0	0,0
Subtotal	584.151	1.202.659	205,9%
Total Ingresos	16.972.019	16.966.659	99,9

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

### Cuadro No. 85 Ejecución de Ingresos FOSYGA Vigencia Marzo 2010

(Millones de Pesos)

Subcuenta	Enero – Marzo 2010		
Compensación	Apropiación Definitiva	Recaudo Acumulado	Ejec %
Recaudo Proceso de Compensación UPC - sin situación de fondos	8.094.627	2.083.067	25,7
Recaudo Proceso de Compensación - con situación de fondos	2.279.524	540.204	23,7
Recursos Subcuenta de Solidaridad para Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar	40.002	10.847	27,1
Rendimientos Financieros Subcuenta de Solidaridad y Promoción para el Régimen de Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar	8.791	1.978	22,5
Recaudo Régimen de Excepción	333.021	78.817	23,7
Rendimientos Financieros Inversiones	66.854	15.696	23,5
Rendimientos Financieros Cuentas Recaudo EPS	37.467	7.918	21,1
Excedentes financieros vigencia 2008	486.309	486.309	100,0
Rendimientos Financieros sin Situación de Fondos Cuentas de Recaudo apropiación EPS	6.333	803	12,7
Sanciones	0	0	0,0
Otros Ingresos	0	858	0,0
Subtotal	11.352.928	3.226.497	28,4
<b>Solidaridad</b>			
Paripassu Nación - otros recursos con Situación de Fondos	342.674	67.043	19,6
Deuda Nación - otros recursos con Situación de Fondos	185.174	0	0,0

Subcuenta	Enero – Marzo 2010		
Contribución de Solidaridad Proveniente de Cotizaciones - Fondos Especiales	1.598.396	416.529	26,1
Cajas de Compensación Familiar	100.758	24.876	24,7
Impuesto Social a las Armas	2.988	450	15,1
Rendimientos Financieros de Inversiones	21.945	51.494	234,7
Rendimientos Cuentas de Recaudo EPS	994	199	20,0
Excedentes Financieros Vigencia 2007 Y 2008	725.288	725.288	100,0
Multas	0	0	0,0
Sanciones	0	0	0,0
Aportes del presupuesto Nacional – Vigencias Anteriores	0	168.630	0,0
Otros Recursos con Situación de Fondos transferencia para la Subcuenta de Promoción	0	0	0,0
Cajas de Compensación Familiar Sin Situación de Fondos	124.053	0	0,0
Otros Ingresos	0	649	0,0
Transferencia Excedentes Financieros Vigencia 2007 Subcuenta ECAT art. 65 ley 1260/08	363.346	363.346	100,0
Subtotal	3.465.616	1.818.504	52,5
<b>Promoción</b>			
Recaudo proceso compensación 0.41 puntos del Régimen Contributivo - sin situación de fondos	250.293	54.400	21,7
Recaudo proceso de compensación 0.41 puntos del Régimen contributivo-con situación de fondos	51.948	8.958	17,2
Recaudo régimen de excepción	6.433	1.761	27,4
Fondos especiales - Impuesto Social a las Municiones y Explosivos	1.300	709	54,5
Rendimientos financieros inversiones	11.844	3.940	33,3
Excedentes financieros vigencia 2008 Y 2009	95.613	95.613	100,0
Rendimientos financieros cuentas recaudo EPS	231	39	16,9
Otros ingresos	0	36	0,0
Transferencia excedentes financieros vigencia 2007 Y 2008 subcuenta ECAT art. 65 ley 1260/08	569.880	569.880	100,0
Transferencia de la subcuenta de solidaridad - otros recursos con situación de fondos	0	0	0,0
Subtotal	987.542	735.336	74,5
<b>ECAT</b>			
Fonsat 20 %	72.372	0	0
Soat 50%	179.628	126.053	70,2
Recaudo Procesos de Repetición	0	50	0,0
Rendimientos Financieros Inversiones	0	54.260	0,0
Excedentes Financieros Vigencia 2007 Y 2008	974.150	974.150	100,0
Reintegro Liquidación Convenios y Contratos Vigencias Anteriores	0	0	0,0
Ingresos Extraordinarios			0,0
Otros Ingresos	0	35	0,0
Subtotal	1.226.150	1.154.548	94,2
Total Ingresos	17.032.236	6.934.885	40,7

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

### Cuadro No. 86 Ejecución de Gastos FOSYGA Vigencia 2009

(Millones de pesos)

Subcuenta	2009		
	Apropiación Definitiva	Compromisos	% Ejec
Compensación			
Apoyo Técnico Auditoria y Remuneración Fiduciaria Pasivos Ex	81	81	100,0
Proceso Compensación Apropiación Directa	8.347.596	7.594.048	91,0
Déficit Proceso Compensación - FOSYGA	1.775.049	1.461.371	82,3
Incapacidades por Enfermedad General - Apropiación Directa	237.953	215.818	90,7
Licencias de Maternidad y Paternidad - Apropiación Directa	102.507	87.600	85,5
Régimen Especial Madres Comunitarias Incluido el Núcleo Famil.	79.299	72.055	90,9
Otros Eventos y Fallos de Tutela	1.855.679	1.818.791	98,0
Apoyo Técnico, Auditoria y Remuneración Fiduciaria - FOSYGA	38.670	32.648	84,4
Rendimientos Financieros Cuentas de Recaudo Apropiación EPS	7.266	6.081	83,7
Licencias de Maternidad y Paternidad - Pago a través del FOS	183.267	171.561	93,6
Subtotal	12.627.367	11.460.054	90,8
<b>Solidaridad</b>			
Apoyo Técnico Auditoria y Remuneración Fiduciaria Pasivos Ex	54	54	100,0
Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solid. Fosyga - Aportes de la Nación	569.440	558.422	98,1
Transferencia para Subcuenta de Promoción - Implementación	25.000	0	0,0
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especial	1.466.265	1.466.265	100,0
Subsidio a la Demanda - Déficit Cajas de Compensación	501	443	88,4
Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia - Vigencia	23	23	100,0
Subsidio a la Demanda Atención en Salud Régimen Especial M	39.140	37.289	95,3
Subsidio a la Demanda Atención en Salud Déficit Madres Comu	13.158	11.451	87,0
Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela	118.604	106.565	89,8
Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia	3.373	3.373	100,0
Apoyo Técnico Auditoria y Remuneración Fiduciaria - FOSYGA	10.800	6.414	59,4
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especial	642.556	624.165	97,1
Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subc. de Solid.	125.560	125.560	100,0
Ampliación del Pos Subsidiado para Menores de 12 Años Región	0	0	0,0
Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiad	0	0	0,0
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales - Ampliación de Cobertura Fallo de Consejo de Estado	0	0	0,0
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especial - Recursos del Subsidio Familiar Administrados Por CCF	0	0	0,0
Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiad	0	0	0,0
Subtotal	3.014.474	2.940.024	97,5
<b>Promoción</b>			

Subcuenta	2009		
Prevención y Promoción de la Salud Subcuenta de Promoci. FO	1.300	1.300	100,0
Prevención en Salud-Protección de la Salud Pública en el ámbito	189.532	184.819	97,5
Implantación de Proyectos para población en condiciones especia	3.142	3.142	100,0
Implementación de Proy. para Atención Prioritaria en Salud	20.000	20.000	100,0
Implementación de Pago Enfermedades de Alto Costo - Previo Concepto	25.000	25.000	100,0
Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales	2.900	2.900	100,0
Prevención de la Salud Pública en el Ámbito Nacional - Vigencias Expir.	42	42	100,0
Programas De Promoción y Prevención- Ejecución Directa. Proceso de Compensación	264.088	238.958	90,5
Programas de Promoción y Prevención EPS Déficit Proceso de Compensación - Fosyga	157.005	81.681	52,0
Programas Nacionales de Promoción y Prevención	77.000	71.800	93,2
Déficit Madres Comunitarias- Rendimientos Financieros	1.728	1.508	87,3
Apoyo Técnico - Prestación de Servicios	1.144	757	66,2
Régimen Especial Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar	3.040	2.759	90,8
Programas Nacionales de Promoción y Prevención Pasivos Exigibles	90	90	100,0
Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria Pasivos Ex	16	16	100,0
Proyecto Programa Ampliado De Inmunizaciones - PAI - Nacional	0	0	0,0
Proyecto de la Salud Pública en el Ambito Nacional - Ex. Ecat	0	0	0,0
Subtotal	746.027	634.772	85,1
ECAT			
Asistencia Técnica y Prevención en Emergencias y Desastres	1.000	890	89,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para Implantación de Proyectos para población en condiciones especiales	2.900	2.900	100,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para la Implantación de Proyectos para Población en condiciones especiales -Atención Población Desplazada (Salud Mental, Discapacitados y Desplazados)	3.142	3.142	100,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para Prevención en Salud Protección de la Salud en el Ambito Nacional	189.574	189.574	100,0
Servicios Especializados de Salud. Estudio y Elaboración de de Programas de Vulnerabilidad Sísmica Estructural en Instituciones Hospitalarias a nivel Nacional	12.000	12.000	100,0
Mejoramiento Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de las Instituciones de la Red Pública Hospitalaria del País	15.700	15.700	100,0
Transferencia Subcuenta de Solidaridad para la Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado -Atención a Población Desplazada	125.560	125.560	100,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para la Implementación de Proyectos para Atención Prioritaria en Salud Nacional- Pago Enfermedades de Alto Costo	20.000	20.000	100,0
Apoyo Reclamaciones Víctimas Accidentes de Transito	81.207	55.526	68,4
Apoyo Reclamaciones Víctimas Acciones Terroristas	2.828	1.793	63,4
Apoyo Reclamaciones Víctimas Catástrofes Naturales	6.671	1.394	20,9
Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada - Convenio	35.882	35.515	99,0

Subcuenta	2009		
Apoyo Reclamaciones Víctimas Reserva Especial - Excedentes	860	795	92,4
Apoyo Técnico - Comisión Reguladora en Salud CRES (Art. 8 L	10.609	8.766	82,6
Apoyo Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias-Evento	76.000	75.576	99,4
Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedad	218	218	100,0
Implantación de Proyectos Para La Atención Prioritaria En Salud	0	0	0,0
Proyecto Programa Ampliado De Inmunizaciones - PAI - Nacional Regional Nacional	0	0	0,0
Ampliación del Pos Subsidiado Para Menores de 12 Años Región	0	0	0,0
Ampliación Renovación del Rég. Subsidiado Subcuenta de Sold.	0	0	0,0
Subtotal	584.151	549.349	94,0
Total Gastos	16.972.019	15.584.199	91,8

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

### Cuadro No. 87 Ejecución de Gastos FOSYGA Vigencia Marzo 2010

(Millones de pesos)

Subcuenta	Enero – Marzo 2010			
	Compensación	Apropiación Definitiva	Compromisos	ejec. %
Apoyo Técnico Auditoria y Remuneración Fiduciaria Pasivos Ex		0	0	0,0
Proceso Compensación Apropiación Directa		7.772.627	2.005.350	25,8
Déficit Proceso Compensación - FOSYGA		1.987.011	294.927	14,8
Incapacidades por Enfermedad General - Apropiación Directa		225.945	57.554	25,5
Licencias de Maternidad y Paternidad - Apropiación Directa		96.055	20.163	21,0
Régimen Especial Madres Comunitarias Incluido el Núcleo Famil.		68.369	17.376	25,4
Otros Eventos y Fallos de Tutela		985.135	914.519	92,8
Apoyo Técnico, Auditoria y Remuneración Fiduciaria - FOSYGA		31.768	25.129	79,1
Rendimientos Financieros Cuentas de Recaudo Apropiación EPS		6.333	803	12,7
Licencias de Maternidad y Paternidad - Pago a través del FOS		179.685	41.218	22,9
Subtotal		11.352.928	3.377.039	29,7
<b>Solidaridad</b>				
Apoyo Técnico Auditoria y Remuneración Fiduciaria Pasivos Ex		0	0	0,0
Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solid. Fosyga - Aportes de la Nación		527.849	156.335	29,6
Transferencia para Subcuenta de Promoción - Implementación		0	0	0,0
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especial		1.567.011	816.923	52,1
Subsidio a la Demanda - Déficit Cajas de Compensación		500	0	0,0
Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia - Vigencia		0	0	0,0
Subsidio a la Demanda Atención en Salud Régimen Especial M		40.002	11.238	28,1

Subcuenta	Enero – Marzo 2010		
Subsidio a la Demanda Atención en Salud Déficit Madres Comu	5.368	1.329	24,8
Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela	97.453	18.758	19,2
Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia	2.988	0	0,0
Apoyo Técnico Auditoria y Remuneración Fiduciaria - FOSYGA	11.758	6.432	54,7
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especial	0	0	0,0
Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subc. de Solid.	0	0	0,0
Ampliación del Pos Subsidiado para Menores de 12 Años Región	180.000	0	0,0
Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiad	130.582	130.582	100,0
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales - Ampliación de Cobertura Fallo de Consejo de Estado	725.288	409.362	56,4
Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especial - Recursos del Subsidio Familiar Administrados Por CCF	124.053	0	0,0
Ampliación Renovación de la Afiliación del Régimen Subsidiad	52.764	0	0,0
Subtotal	3.465.616	1.550.959	44,8
<b>Promoción</b>			
Prevención y Promoción de la Salud Subcuenta de Promoci. FO	1.300	0	0,0
Prevención en Salud-Protección de la Salud Pública en el ámbito	0	0	0,0
Implantación de Proyectos para población en condiciones especia	3.978	3.978	100,0
Implementación de Proy. para Atención Prioritaria en Salud	315.000	0	0,0
Implementac. de Pago Enfermed. de Alto Costo - Previo Concep.	30.000	0	0,0
Implantación de Proyectos para Población en Condiciones Especiales	2.900	0	0,0
Prevención de la Salud Pública en el Ámbito Nacional - Vigencias Expir.	0	0	0,0
Programas De Promoción y Prevención- Ejecución Directa. Proceso de Compensación	250.293	54.400	21,7
Programas de Promoción y Prevención EPS Déficit Proceso de Compensación - Fosyga	108.113	26.229	24,3
Programas Nacionales de Promoción y Prevención	50.000	7.169	14,3
Déficit Madres Comunitarias- Rendimientos Financieros	3.423	693	20,2
Apoyo Técnico - Prestación de Servicios	1.098	955	87,0
Régimen Especial Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar	3.435	740	21,5
Programas Nacionales de Promoción y Prevención Pasivos Exigibles	0	0	0,0
Apoyo Técnico, Auditoria y Remuneración Fiduciaria Pasivos Ex	0	0	0,0
Proyecto Programa Ampliado De Inmunizaciones - PAI - Nacional	104.079	48.925	47,0
Proyecto de la Salud Pública en el Ambito Nacional - Ex. Eca	113.923	36.115	31,7
Subtotal	987.542	179.204	18,1
<b>ECAT</b>			
Asistencia Técnica y Prevención en Emergencias y Desastres	1.000	570	57,0

Subcuenta	Enero – Marzo 2010		
Transferencia Subcuenta de Promoción para Implantación de Proyectos para población en condiciones especiales	2.900	2.900	100,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para la Implantación de Proyectos para Población en condiciones especiales -Atención Población Desplazada (Salud Mental, Discapacitados y Desplazados)	3.978	3.978	100,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para Prevención en Salud Protección de la Salud en el Ambito Nacional	126.183	126.183	100,0
Servicios Especializados de Salud. Estudio y Elaboración de de Programas de Vulnerabilidad Sísmica Estructural en Instituciones Hospitalarias a nivel Nacional	12.600	0	0,0
Mejoramiento Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de las Instituciones de la Red Pública Hospitalaria del País	15.000	14.000	93,3
Transferencia Subcuenta de Solidaridad para la Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado -Atención a Población Desplazada	130.582	130.582	100,0
Transferencia Subcuenta de Promoción para la Implementación de Proyectos para Atención Prioritaria en Salud Nacional- Pago Enfermedades de Alto Costo	30.000	30.000	100,0
Apoyo Reclamaciones Víctimas Accidentes de Transito	117.250	10.560	9,0
Apoyo Reclamaciones Víctimas Acciones Terroristas	19.500	331	1,7
Apoyo Reclamaciones Víctimas Catástrofes Naturales	34.400	320	0,9
Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada - Convenio	41.200	11	0,0
Apoyo Reclamaciones Víctimas Reserva Especial - Excedentes	4.500	126	2,8
Apoyo Técnico - Comisión Reguladora en Salud CRES (Art. 8 L	10.150	187	1,8
Apoyo Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias- Evento	25.000	0	0,0
Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedad	0	0	0,0
Implantación de Proyectos Para La Atención Prioritaria En Salud	315.000	315.000	100,0
Proyecto Programa Ampliado De Inmunizaciones - PAI - Nacional Regional Nacional	104.143	104.143	100,0
Ampliación del Pos Subsidiado Para Menores de 12 Años Región	180.000	180.000	100,0
Ampliación Renovación del Rég. Subsidiado Subcuenta de Sold.	52.764	52.764	100,0
Subtotal	1.226.150	971.655	79,2
Total Gastos	17.032.236	6.078.857	35,7

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005

### Fondo de Solidaridad Pensional

El Fondo de Solidaridad Pensional es una cuenta especial de la Nación sin personería jurídica adscrita al Ministerio de la Protección Social, destinada a ampliar la cobertura mediante un subsidio a las cotizaciones para pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso al sistema de seguridad social, así como a otorgar subsidios económicos para la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema. Igualmente, debe gestionar y pagar los auxilios para ancianos indigentes y en pobreza extrema, incluidos en el Programa de Protección Social al Adulto Mayor.

En las Subcuentas de Solidaridad y Subsistencia entre enero y diciembre de 2009 se registraron

recaudos por \$943.038 millones por concepto de aportes, rendimientos financieros, intereses de mora y multas y sanciones; se ejecutaron gastos por concepto de pago de subsidios, nómina Ley 418, pensiones a víctimas de la violencia, comisiones fiduciarias, auditoría e interventoría por valor de \$707.557 millones.

Para la vigencia de 2010, la asignación de recursos es de \$734.665 millones, con un recaudo al mes de marzo de \$319.473 millones, dentro de los cuales se incorporan excedentes del Fondo de Subsistencia por valor de \$194.744 millones; se han ejecutado gastos por \$53.460 millones por concepto de subsidios, nómina Ley 418 - Pensión a víctimas de la violencia, comisiones fiduciarias y auditoría e interventoría. A continuación se presenta la ejecución presupuestal del Fondo de Solidaridad Pensional:

### Cuadro No. 88 Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos Vigencia 2009 y Enero a Marzo de 2010

Millones de Pesos

Concepto	Apropiación Definitiva Vigencia 2009	Recaudo 2009	Ejecución de Gastos 2009
<b>Subcuenta de Solidaridad</b>			
Implementación FSP - Subcuenta Solidaridad	148,000	365,685	147,650
Aportes FSP para respaldo de Pensiones del personal de Servicio Doméstico MM y ATEP	2,700	2,700	2,659
<b>Subtotal</b>	<b>150,700</b>	<b>368,385</b>	<b>150,609</b>
<b>Subcuenta de Subsistencia</b>			
Implementación FSP - Subcuenta Subsistencia	557,129	574,653	556,948
<b>Subtotal</b>	<b>557,129</b>	<b>574,653</b>	<b>556,948</b>
<b>Total</b>	<b>707,829</b>	<b>943,038</b>	<b>707,557</b>

*Fuente: Dirección General de Financiamiento, Consorcio Prosperar*

### Cuadro No. 89 Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos Vigencia Enero a Marzo de 2010

Millones de Pesos

Concepto	Apropiación Definitiva Vigencia 2009	Recaudo 2009	Ejecución de Gastos 2009
<b>Subcuenta de Solidaridad</b>			
Implementación FSP - Subcuenta Solidaridad	154,920	65,037	10,165
Aportes FSP para respaldo de Pensiones del personal de Servicio Doméstico MM y ATEP	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>154,920</b>	<b>65,037</b>	<b>10,165</b>
<b>Subcuenta de Subsistencia</b>			
Implementación FSP - Subcuenta Subsistencia	579,745	254,436	43,295
<b>Subtotal</b>	<b>579,745</b>	<b>254,436</b>	<b>43,295</b>
<b>Total</b>	<b>734,665</b>	<b>319,473</b>	<b>53,460</b>

*Fuente: Dirección General de Financiamiento, Consorcio Prosperar*

## Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional

El Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional fue creado por la Ley 100 de 1993; en la actualidad ha sustituido en el pago de mesadas pensionales a las siguientes entidades: Caja Nacional de Previsión Social Cajanal; extinta Puertos de Colombia; Caja de Crédito Agrario Industrial y Minero en Liquidación; Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca C.V.C; Superintendencias de Sociedades, Industria y Comercio y de Valores hoy Superintendencia Financiera de Colombia; Carbones de Colombia S.A. CARBOCOL; Fondo Nacional de Caminos Vecinales en Liquidación, Empresa Nacional Minera Ltda. MINERCOL LTDA liquidada e Instituto Colombiano de la Reforma Agraria INCORA.

El Ministerio de la Protección Social en el 2007, suscribió el contrato de encargo fiduciario No. 350 de 2007 con una vigencia de 32 meses, del 1 de diciembre de 2007 al 31 de julio de 2010, encontrándose actualmente vigente. La ejecución presupuestal del Fondo se relaciona a continuación:

### Cuadro No. 90 Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos Vigencia 2009 y Enero a Marzo de 2010

(Millones de Pesos)

Concepto	Apropiación Definitiva Vigencia 2009	Ejecución Enero a Diciembre de 2009	Apropiación Definitiva Vigencia 2010	Ejecución Ene a Marzo 2010
Cajanal	5.565.059	5.565.059	5.916.500	736.862
Foncolpuertos	623.645	623.645	612.944	132.250
Caja Agraria	209.897	209.897	203.862	43.942
C.V.C	20.855	20.855	21.793	4.305
Carbocol	2.555	2.555	3.203	604
Superintendencia de Sociedades	9.619	8.210	10.458	1.910
Superintendencia Financiera de Colombia	173	173	182	34
Superintendencia Industria y Comercio	263	253	277	51
Fonprenor	6.973	0	8.355	16
Caminos Vecinales	80	80	85	16
Minercol	3.841	2.952	3.622	700
Incora	43.713	43.713	43.162	9.238
Total	6.486.673	6.477.392	6.824.443	929.928

Fuente: Consorcio FOPEP y Reporte Ejecución SIIF

El presupuesto inicial para la vigencia 2009 del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional fue de \$6.598.273 millones, presentando modificaciones por un total neto de \$111.600 millones mediante Decreto No.04 de enero de 2009, por el cual se aplazaron unas apropiaciones en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2009 y las Resoluciones Nos. 2774 y 3340 de agosto y septiembre de 2009, para una apropiación definitiva de \$6.486.673 millones; se ejecutó de enero a diciembre de 2009 un total de \$6.477.392 millones, siendo Cajanal la entidad con mayor ejecución por \$5.565.059 millones.

El presupuesto inicial del Fondo para la vigencia 2010 fue de \$7.058.875 millones, presentado a la fecha modificaciones por un total neto de \$234.432 millones, mediante Decreto No. 325 de febrero de 2010, por el cual se aplazaron unas apropiaciones en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010, para una apropiación definitiva de \$6.824.443 millones;

para el período enero-marzo de 2010, se ha ejecutado un total de \$929.928 millones, siendo los mayores valores ejecutados por Cajanal con \$736.862 millones, Foncolpuertos con \$132.250 millones y Caja Agraria con \$43.942 millones.

En el siguiente cuadro, se presenta la distribución de la nómina de pensionados por fondo correspondiente a los meses de diciembre de 2009 y marzo de 2010.

### Cuadro No. 91 Distribución Nómina de Pensionados Diciembre 2009 y Marzo de 2010

(Millones de Pesos)

Fondo	Diciembre de 2009		Marzo de 2010	
	Número de Pensionados	Valor Pensiones	Número de Pensionados	Valor Pensiones
Cajanal	236.374	356.906	229.444	348.413
C.V.C	749	1.394	738	1.419
Superintendencia financiera de Colombia	7	11	6	11
Superintendencia de sociedades	264	583	263	600
Superintendencia de Ind. Comercio	6	17	5	17
Foncolpuertos	14.737	38.495	14.215	39.909
Caja Agraria	9.717	14.015	9.540	13.469
Carbocol	44	197	41	201
Incora en Liquidación	2.165	2.977	2.112	3.000
Minercol	95	227	91	232
Caminos Vecinales	10	5	10	5
Total	264.168	414.827	256.465	407.276

Fuente: Consorcio FOPEP

En diciembre de 2009, el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional liquidó mesadas a 264.168 pensionados por valor de \$414.827 millones; en marzo de 2010, el Fondo liquidó mesadas a 256.465 pensionados por la suma de \$407.276 millones.

### Fondo de Riesgos profesionales

En el período 2009 a marzo 31 de 2010, el Fondo de Riesgos Profesionales ha estado administrado por la Fiduciaria La Previsora S.A. Los ingresos del Fondo provienen de las fuentes relacionadas en los Decretos Ley Nos. 1295 y 1833 de 1994 y se generan especialmente por el 1% del recaudo por cotizaciones a cargo de los empleadores y por multas; los ingresos para este período se incrementaron de acuerdo a lo establecido por la ley, lo cual permitió mantener la sostenibilidad financiera para el sistema. Del recaudo del Fondo en el 2009, \$7.143 millones correspondieron a un ingreso adicional por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales, por el monto de la cotización sanción contabilizada a partir de 1994 y hasta marzo de 2004. Los recursos del Fondo fueron destinados a cumplir con las acciones enmarcadas en los planes y políticas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional de la población colombiana, en el marco de lo establecido en la Ley 776 de 2002, mediante el desarrollo de estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en todo el territorio nacional, en especial lo relacionado en el Artículo 88 del Decreto 1295 de 1994 y la población vulnerable del territorio nacional.

Los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales durante el período 2009-2010 fueron ejecutados como se observa a continuación:

**Cuadro No. 92**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos**  
**Vigencia 2009 – Marzo de 2010**

(Millones de pesos)

Concepto	2009			2010		
	Presupuesto	Recaudo	Ejecución Gastos	Presupuesto	Recaudos (*)	Compromisos (*)
Fondo de Riesgos Profesionales	8.956	20.405	6.769	8.941	3.673	4.535
Total	8.956	20.405	6.769	8.941	3.673	4.535

*Fuente: Informes de Gestión Fondo de Riesgos Profesionales- Fiduciaria la Previsora S.A. – SIIF*

*(\*)Ejecución Acumulada con corte a 31 de marzo de 2010.*

Los ingresos del Fondo para la vigencia 2009, correspondiente al 1% de las primas recibidas por cotizaciones en el SGRP, es de \$12.395,8 millones y la inversión por apropiación definitiva en Ley de Presupuesto es de \$8.955,6 millones. La ejecución en la vigencia 2009 fue del 75,58%.

**Las actividades realizadas a través del Fondo en el periodo 2009, fueron:**

- » Diseño de la Norma técnica y el Plan Nacional para la prevención del cáncer ocupacional en Colombia, incluye tres herramientas técnicas, y elaboración de un documento que consolida el estado del arte sobre las pensiones especiales en trabajadores expuestos a agentes carcinógenos.
- » Realización del proceso de validación de la guía técnica para trabajo seguro en altura para el uso de andamios fijos.
- » Implementación del plan piloto para disminuir los riesgos biológicos por contaminación en el sector salud
- » Asistencia técnica regional para la formulación y desarrollo de las acciones del Eje de riesgos profesionales de los planes territoriales de salud, en 25 departamentos.
- » Promoción de la salud y prevención de riesgos ocupacionales en mujeres en situación de desplazamiento que laboran en el sector informal de la economía, con una cobertura a 2.400 mujeres situación de desplazamiento.
- » Capacitación trabajadores informales que laboran en actividad económica del comercio, con una cobertura de 2.000 trabajadores informales en los departamentos de Huila y Risaralda.
- » Diseño e impresión de diferentes títulos de contenido técnico elaborados por la Dirección General de Riesgos Profesionales en total 4 referencias (Copaso, Plan Nacional de Salud Ocupacional, Empleadas de Servicios Domestico, Torres de Telecomunicaciones.
- » Circular de 2009 en el cual se precisaron procedimientos e instrucciones para trabajo en alturas.

**Multas**

Las multas impuestas por el Ministerio de la Protección Social, hacen parte de los ingresos del

Fondo de Riesgos Profesionales. Las principales causales de sanción fueron: Accidente Mortal, Incumplimientos de Normas en Salud Ocupacional y Violación normas del Sistema General de Riesgos Profesionales. En la vigencia 2009 se recaudó la suma de \$865,8 millones.

## 6.2 Recobros y fallos de tutela

Durante el período enero 1 a diciembre 31 de 2009, en el marco de lo establecido en las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008, las EPS y EPS-S radicaron 2.648.273 recobros por concepto del Comité Técnico Científico - CTC y Fallos de Tutela.

Para el Régimen Contributivo, en el año 2009 se radicaron 1.578.652 recobros por concepto de CTC y 968.840 recobros por concepto Fallos de Tutela así:

**Cuadro No. 93**  
**Relación Recobros por concepto de CTC y Fallos de Tutela**  
**Vigencia 2009**  
(Millones de Pesos)

Año	CTC		Fallos de Tutela		Total	
	No. Recobros	Valor Reclamado	No. Recobros	Valor Reclamado	No. Recobros	Valor Reclamado
2009	1,578,652	1,362,820	968,840	1,027,974	2,547,492	2,390,794
<b>Total</b>	<b>1,578,652</b>	<b>1,362,820</b>	<b>968,840</b>	<b>1,027,974</b>	<b>2,547,492</b>	<b>2,390,794</b>

Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009  
Consortio FIDUFOSYGA

Los índices de aprobación tanto para CTC y Fallos de Tutela durante el año 2009 mantuvieron una tendencia del 86.95% y 62.44% respectivamente, para el Régimen Contributivo.

Durante el 2009, el Régimen Contributivo realizó pagos por \$1 billón 710 mil millones, por 2.448.032 recobros divididos en 1.517.780 CTC y 930.252 tutelas, constituyéndose reservas presupuestales por valor de \$108.000 millones.

**Cuadro No. 94**  
**Ejecución Presupuestal**  
**Vigencia 2009**  
(Millones de Pesos)

Ejecución Presupuestal Vigencia 2009		Valor
Valor ejecutado Presupuesto 2009		1,710,094
Valor reserva presupuesta		108,697
<b>Total</b>		<b>1,818,791</b>
Ejecución Vigencia 2010 por Tipo de Cobro	Valor	Cantidad
Valor pagado por CTC	1,580,544	1,517,780
Valor pagado por Tutelas	129,550	930,252
<b>Total</b>	<b>1,710,094</b>	<b>2,448,032</b>

Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009  
Consortio FIDUFOSYGA

Al corte marzo de 2010, de la reserva presupuestal de \$108 mil millones, se han ejecutado 3 mil millones de pesos por recobros. Se tienen \$100 mil millones para el pago del convenio CAPRECOM 334.

El anterior reconocimiento de recursos presenta la siguiente discriminación según el tipo de cobro realizado, en el marco de las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008:

**Cuadro No. 95**  
**Ejecución Presupuestal**  
**Vigencia 2009**  
(Millones de Pesos)

Discriminación según el Proceso	Valor	Cantidad	Variación
<b>Corriente</b> - Proceso normal de recobro	1,585,483	2,303,890	92.7%
Reprocesos - Aclaración de la glosa por recobros anteriores a 2005	1,423	1,459	0.1%
<b>MYT-03</b> - Reconocimiento del 50% de los recobros con estado condicionado	2,299	4,744	0.1%
<b>MYT-04</b> - Objeción a la glosa	26,758	23,440	1.6%
Mesas de Trabajo y Levantamiento	89,962	114,499	5.3%
Trabajos de conciliación EPS-FOSYGA a través de la Procuraduría - pago intereses moratorios	4,169		0.2%
<b>Total</b>	<b>1,710,094</b>	<b>2,448,032</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009*  
*Consortio FIDUFOSYGA*

Del 1 billón 710 mil millones de pesos, reconocidos por recobros por la Subcuenta de Compensación, se tiene que el 86.9% del valor total se destino al pago de medicamentos no incluidos en el POS.

**Cuadro No. 96**  
**Consolidado valores reconocidos Subcuenta Compensación**  
**Vigencia 2009**  
(Millones de Pesos)

Discriminación según tipo de cobro	Valor
Medicamentos	1,486,733
Procedimientos	136,323
Insumos - Dispositivos	82,869
Trabajos de conciliación EPS-FOSYGA a través de la Procuraduría - pago intereses moratorios	4,169
<b>Total</b>	<b>1,710,094</b>

*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009*  
*Consortio FIDUFOSYGA*

Los pagos realizados han ganado participación en el rubro de otros gastos de la Subcuenta de Compensación; de hecho entre el 2002 y el 2004 tenían un peso en el gasto del 1.2% en promedio, en el 2007 del 5.2% del total de gastos, para el 2008 el 11.2%, y para el 2009 se estima el 17,6% de participación en el total de gastos. El cumplimiento de las Sentencias de

la Corte Constitucional, a partir del año 2008 exigió la solicitud de una adición presupuestal por \$350.000 millones; para el 2009, se requirió adicionar al presupuesto de la Subcuenta de Compensación \$585.000 millones, frente a la apropiación inicial.

Se calcula que de los recobros aprobados y girados en el 2009, se tramitaron y pagaron aproximadamente 217.800 recobros de años anteriores que corresponden a un 8.8% del total de los recobros radicados en este año.

Durante el período enero 1 a marzo 31 de 2010, en el marco de lo establecido en las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008 y 0548 de 2010, las EPS y EPS-S han radicado 741.276 recobros por concepto de CTC y Fallos de Tutela. Para el Régimen Contributivo, en este periodo del 2010 se han radicado 526.658 recobros por concepto de CTC y 189.968 recobros por concepto Fallos de Tutela, para un total de 716.626, según el siguiente detalle:

**Cuadro No. 97**  
**Ejecución Presupuestal**  
**Vigencia 2009**  
(Millones de Pesos)

MES	MEDICAMENTOS NO POS		FALLOS DE TUTELA		TOTAL	
	No. Recobros	VALOR PRESENTADO	No. Recobros	VALOR PRESENTADO	No. Recobros	VALOR PRESENTADO
Ene de 2010	169,682	168,547	75,179	75,383	244,861	243,930
Feb de 2010	165,687	130,995	57,725	63,801	223,412	194,796
Mar de 2010	191,289	172,318	57,064	73,925	248,353	246,243
<b>TOTAL</b>	<b>526,658</b>	<b>471,860</b>	<b>189,968</b>	<b>213,109</b>	<b>716,626</b>	<b>684,969</b>

*Fuente: Aplicativo Medicamentos y Tutelas - Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas*

Los índices de aprobación tanto para CTC y Fallos de Tutela durante el año 2010 mantuvieron una tendencia del 74.81% y 62.12% respectivamente, para el Régimen Contributivo. De acuerdo con estos índices de aprobación, se tiene que para el Régimen Contributivo se han aprobado 416.580 recobros de años anteriores, los cuales fueron atendidos mediante las mesas de conciliación y asistencia técnica por parte del Administrador Fiduciario.

A marzo de 2010, el Régimen Contributivo ha realizado pagos por \$777 mil millones y comprometido 200 mil millones, para el pago del convenio CAPRECOM 334, agotando el valor total de la apropiación para la vigencia 2010, requiriendo el trámite de una adición por valor de \$110 mil millones, los cuales serán insuficientes para la atención de los recobros que están en trámite y la dinámica de este proceso por el resto del año 2010.

**Cuadro No. 98**  
**Ejecución Presupuestal**  
**Vigencia 2010**  
(Millones de Pesos)

Ejecución Vigencia 2010 por Tipo de Cobro	Valor	Cantidad
Valor pagado por CTC	560,687	833,656
Valor pagado por Tutelas	216,965	324,200
<b>Total</b>	<b>777,652</b>	<b>1,157,856</b>

*Nota: El valor pagado incluye conciliaciones, mesas de trabajo y levantamientos automáticos*  
*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009*  
*Consorcio FIDUFOSYGA*

El anterior reconocimiento de recursos presenta la siguiente discriminación según el tipo de cobro realizado, en el marco de las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008 y 0548 de 2010:

**Cuadro No. 99**  
**Reconocimiento de Recursos**  
**Vigencia 2010**  
(Millones de Pesos)

Discriminación según el Proceso	Valor	Cantidad	Variación
Corriente - Proceso normal de recobro	747,301	1,131,887	96.1%
MYT-03- Reconocimiento del 50% de los recobros con es	2,898	7,468	0.4%
MYT-04- Objeción a la glosa	8,838	8,299	1.1%
Mesas de Trabajo y Levantamiento	18,615	10,202	2.4%
<b>Total</b>	<b>777,652</b>	<b>1,157,856</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009*  
Consortio FIDUFOSYGA

De los \$777 mil millones, reconocidos por recobros por la Subcuenta de Compensación, se tiene que el 87.2% del valor total se destino al pago de medicamentos no incluidos en el POS.

**Cuadro No. 100**  
**Reconocimientos Subcuenta Compensación**  
**Vigencia 2010**  
(Millones de Pesos)

Discriminación según tipo de cobro	Valor
Medicamentos	677,980
Procedimientos	61,990
Insumos - Dispositivos	37,682
<b>Total</b>	<b>777,652</b>

*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009*  
Consortio FIDUFOSYGA

En la vigencia 2008 se destinaron recursos por \$1.2 billones para financiar este componente y para el 2009 se apropiaron \$900 mil millones. La tendencia creciente en este gasto, permite concluir que si bien el proceso neto de compensación tiene una tendencia superavitaria, se estima que la Subcuenta presentará problemas en su sostenibilidad financiera a partir de la vigencia 2010, por cuanto deben destinarse cuantías importantes de recursos de excedentes financieros para ese gasto.

El siguiente es el comportamiento de los excedentes de la Subcuenta de Compensación en comparación con el gasto por recobros de CTC y fallos de tutela.

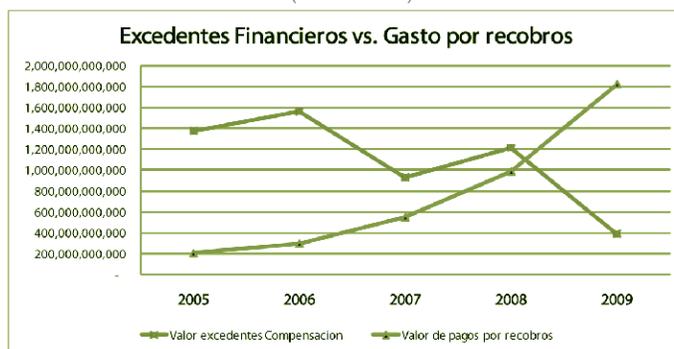
**Cuadro No. 101**  
**Comportamiento histórico Subcuenta Compensación**  
**Vigencia 2005 - 2009**  
(Millones de Pesos)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009
Valor excedentes compensados	1,374,745	1,559,794	930,585	1,212,366	392,272
Valor de pagos por recobros	206,931	299,173	550,000	983,936	1,818,791

*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009*  
Consortio FIDUFOSYGA

## Gráfico No. 7 Excedente Financieros VS Gastos por Recobros Vigencia 2005 - 2009

(Millones de Pesos)



*Fuente: Unidad Análisis Medicamentos y Tutelas – Informe de Gestión Diciembre 2009  
Consorcio FIDUFOSYGA*

El comportamiento de este gasto supera los \$1.3 billones, el valor resultado de excedentes de la Subcuenta de Compensación, lo que da cuenta de la situación crítica que afronta el componente de financiación del proceso de compensación y la sostenibilidad de la Subcuenta y del SGSSS, al requerir recursos que suplan la falta de una fuente de financiación específica para la atención de los recobros.

Con relación al portafolio de la Subcuenta, a marzo de 2010 el saldo asciende a \$828.088 millones y está compuesto en un 64.78% en Títulos TES. Estos recursos respaldan los pagos que se efectuarán durante la presente vigencia, además del pasivo a cargo del FOSYGA que se origina en las cotizaciones (en el porcentaje correspondiente a la Subcuenta) giradas por las EPS como saldos no compensados y registros glosados.

### 6.3 Cálculo de UPCc y UPCs

El cálculo de las Unidades de Pago por Capitación, asignada a los regímenes contributivo y subsidiado, UPCc y UPCs respectivamente, ha sido objeto de importantes desarrollos metodológicos. Desde 2004 se inició el estudio anual de suficiencia UPC para lo cual se generó una solicitud de información homogénea a diferentes EPS. Este estudio refleja la evolución positiva de las formas de cálculo de la UPC a través de este periodo y los esfuerzos del MPS por reducir cada vez más la incertidumbre y asegurar el éxito de las decisiones que se toman con base en esta información.

En cuanto a la medición de la suficiencia, se pasó del elemental análisis del gasto en salud e ingresos, basados en los estados financieros de las entidades aseguradoras, al estudio de la suficiencia en función de la frecuencia de uso de cada servicio, actividad, procedimiento e intervención y el gasto de cada uno los servicios de salud prestados a la población afiliada, por cada entidad aseguradora.

### 6.4 Política de alto costo

Dentro del desarrollo de este instrumento se ha identificado que uno de los principales desafíos a superar, para poder dar cabal cumplimiento a los cuatro pilares de la política de alto costo

en el sistema, es el de la construcción y sistematización de información de calidad que permita tomar decisiones informadas y diseñar instrumentos de política que permitan avanzar hacia los objetivos planteados. Con el fin de fortalecer la información del sistema frente a las enfermedades de alto costo, y en particular frente a la Enfermedad Renal Crónica como primera enfermedad incluida en la Cuenta de Alto Costo, se ha planteado un mecanismo para hacer un monitoreo constante, sobre información confiable y verídica, tanto de los pacientes que padecen enfermedades de alto costo, como de aquellos que se encuentran en riesgo de desarrollar dichas patologías.

La Resolución 4700 de 2008 se ha venido aplicando y ha generado la información para la operación de la Cuenta de Alto Costo, la cual para efectos del mecanismo de equilibrio de riesgo dio inicio a finales del año 2009, con la expedición del Decreto 3511 de 2009 y la Resolución 4917 del mismo año, normas que respectivamente realizan algunos ajustes necesarios para la operatividad de la Cuenta de Alto Costo, y definen los mecanismos de cálculo para que opere el sistema de equilibrio de riesgo contemplado en la norma.

## 7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 7.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud

En el período julio 2009 a marzo 2010, la Superintendencia Nacional de Salud, encaminó sus mayores esfuerzos en la consolidación de los procesos de inspección, vigilancia y control a la atención en salud, el financiamiento del SGSSS, la orientación y protección al usuario, las medidas especiales, la conciliación y función jurisdiccional, con el fin de alcanzar el logro de su misión “Proteger los derechos de los usuarios en salud”.

#### 7.1.1 Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud

##### Generadores de Recursos para Salud

En el campo de Juegos de Suerte y Azar, se adelantaron 244 investigaciones administrativas a entidades operadoras de dichos juegos, por no transferir los recursos al sector salud; por no pago de premios y por incumplimiento de la normatividad relacionada con el Plan de Premios.

13 visitas inspectivas a las entidades vigiladas que generan, transfieren y administran recursos provenientes de loterías, apuestas permanentes y demás operadores de juegos de suerte y azar.

Se contrató una interventoría a la ejecución de los contratos de concesión de apuestas permanentes en los Departamentos de Caldas y Magdalena.

14 evaluaciones de estudios de mercado; se aprobaron los estudios presentados para la operación del Juego de Apuestas Permanentes, por los departamentos de Amazonas, Arauca, Atlántico, Caquetá, Casanare, Córdoba, Guainía, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Santander, Vaupés y Vichada.

Se contrató con la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, el Estudio de Mercado para los Departamentos de Tolima y Cesar.

920 requerimientos a los operadores del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, recordándoles la obligatoriedad de reportar la información establecida en la Circular Única de la Superintendencia y dando instrucciones sobre el deber legal de reportar información de manera directa, oportuna y suficiente a la UIAF.

1.649 informes de estados financieros, ventas y transferencias al sector salud por parte de los operadores del monopolio de juegos de suerte y azar.

Se realizaron 13 visitas de inspección a las entidades vigiladas que generan y transfieren recursos del IVA cedido de licores, vinos, aperitivos y cervezas, y a las Secretarías de Salud y de Hacienda Departamentales.

Análisis a 3.102 informes de estados financieros, ventas y transferencias al sector salud por parte de los productores de licores y cervezas vigilados por esta entidad.

Con relación a las Administradores de Recursos de la Salud, se recibieron reclamaciones de la red prestadora de servicios de salud por falta de pago por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, lo cual dio como resultado la Apertura de 40 autos de investigación.

Se emitió 21 conceptos financieros, relacionados con ampliaciones de cobertura de afiliación, reglamentos de emisión y colocación de acciones, autorización de planes adicionales de salud, autorizaciones de funcionamiento, reformas estatutarias y fusiones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Evaluación financiera a: margen de solvencia, patrimonio mínimo saneado y patrimonio técnico de las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (41), y régimen contributivo (24), por los trimestres cortados en junio y septiembre de 2009 y diciembre de 2010.

Visita de inspección a 55 empresas promotoras de salud del régimen contributivo y régimen subsidiado e IPS y se elaboraron los informes correspondientes.

Concepto de la evaluación financiera efectuada a las solicitudes de autorización de once (11) EPS.

Estudio a veintinueve (29) planes de mejoramiento de EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado.

Mediante Resolución No. 281 de febrero 4 de 2010, se modificó la Resolución No. 724, contentiva del Plan Único de Cuentas para la Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y entidades que administran Planes Adicionales de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda.

586 visitas de inspección a aportantes, entidades territoriales y Fosyga. Igualmente se atendieron 768 derechos de petición y se resolvieron 4.817 reclamos presentados por actores del Sistema.

### 7.1.2 Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios

Se realizó la apertura de investigaciones administrativas a 1.176 entidades vigiladas y se impusieron 39 sanciones. Adicionalmente, se tramitaron 4.971 derechos de petición y 999 tutelas.

En cuanto a las entidades de Aseguramiento, se realizó seguimiento, evaluación y verificación de requisitos legales y técnicos de habilitación de 43 EPS del régimen Subsidiado.

Se evaluaron 56 solicitudes de ampliación de cobertura de Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y de las Empresas de Medicina Prepagada.

Se evaluaron 77 solicitudes de modificación de planes adicionales de salud, minutas contractuales y/o modificaciones, y de campañas publicitarias, de las cuales se aprobaron 43.

Mediante Contrato se realizaron 494 visitas para realizar IVC a la determinación, identificación y selección de la Focalización de los subsidios en salud por parte de las entidades territoriales. Mediante la misma figura, se realizó auditoría a 12 IPS.

En desarrollo de las funciones de vigilancia en salud pública, se realizó Inspección y evaluación conjunta a entidades departamentales críticas e implementación de planes de mejoramiento a 56 de ellas.

Frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), se realizaron 127 visitas, programadas y no programadas a entidades vigiladas con el fin de verificar el cumplimiento de la normatividad vigente.

Seguimiento al proceso de habilitación de las IPS, el cual es competencia directa de las DTS, en 135 entidades, mediante solicitudes de información.

Evaluación o visita a 59 EAPB Y DTS, con el fin de hacer seguimiento a la organización y funcionamiento de la red de prestadores de servicios de salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Auditora a 13 entidades territoriales con el fin de verificar las actividades de IVC al plan operativo anual de intervenciones colectivas 2009.

Adicionalmente se realizaron 41 auditorías de inspección, vigilancia y control a las entidades territoriales (Departamentales, Distritales y Municipales) con el fin de verificar el cumplimiento en lo referente a salud de la Ley 1098 de 2006 “Ley de Infancia y Adolescencia” y de la mujer en desplazamiento forzado.

A partir de los informes finales de la auditoría de cada entidad territorial visitada, se impartieron instrucciones para formular plan de mejoramiento, para posterior seguimiento por parte de la Superintendencia.

### **7.1.3 Protección al usuario y participación ciudadana**

Trámite a 33.977 derechos de petición relacionados con prestaciones económicas, prestación de servicios y aseguramiento.

Seguimiento a 585 fallos de Tutela contra una EAPB o IPS.

25 auditorías para verificar el funcionamiento de las Oficinas de Atención al Usuario, en las entidades territoriales.

Apertura de 73 procesos administrativos y 5 resoluciones de sanción, relacionadas con incumplimiento de requerimientos o presuntas irregularidades en la violación a los derechos en salud de los usuarios del sistema.

8 Consultas Ciudadanas, en diferentes ciudades del país, en ellas se gestionaron 234 reclamos de los usuarios. Con ocasión de la Consultas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se promovieron en el último año 9 veedurías ciudadanas, en igual número de municipios del país.

### **7.1.4 Medidas Especiales**

Se realizaron 13 tomas de posesión de entidades con intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar.

Dentro de las acciones de Intervención que efectúa la Superintendencia, se realizaron 113 visitas integrales, de seguimiento y acompañamiento a Entidades Territoriales, Loterías, Empresas Sociales del Estado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

### **7.1.5 Función Conciliatoria y Jurisdiccional**

Se resolvieron 30 procesos jurisdiccionales solicitados por los usuarios, que incluyen fallo judicial y conciliación judicial.

Se realizaron 9 eventos de socialización de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, en diferentes ciudades del país.

Se tramitaron 950 solicitudes de conciliación extrajudicial en Bogotá y en las jornadas de conciliación se tramitaron 3.993 solicitudes de conciliación extrajudicial, para lo cual se realizaron 3.669 audiencias, con fines conciliatorios.

## 7.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima

### 7.2.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

En el marco de los objetivos sectoriales e institucionales, el INVIMA desarrolla acciones en aspectos relacionados con la expedición de los registros sanitarios; vigilancia, control y seguimiento a la industria productora y comercializadora de los medicamentos, alimentos e insumos para la salud durante las actividades asociadas con la producción, importación y exportación de los mismos; con el objeto de mejorar el proceso de construcción de la red de vigilancia, el Instituto adelanta la estrategia de capacitación y asistencia técnica dirigida a las Entidades Territoriales para mejorar el desempeño y lograr una mayor acción en materia de inspección, vigilancia y control.

**Cuadro No. 102**  
**Sistema de Inspección, Vigilancia y Control**

ACTIVIDAD	Unidad de Medida	JULIO –DICIEM- BRE 2009	ENERO –ABRIL 2010
Expedición de Registros Sanitarios	# de Registros Sanitarios	16.268	10.582
Expedición de Trámites Asociados	# de Trámites asociados a Registros Sanitarios	17.217	10.724
Expedición de Vistos Buenos de Importación y Exportación de los productos de competencia	# de Actos Administrativos	42.175	27.931
Acciones de Inspección, vigilancia y control con visitas de verificación a establecimientos	# de Acciones de IVC		
Medicamentos		788	325
Alimentos		4.868	2.843
Plantas de beneficio animal		975	261
Insumos para la Salud		874	398
Emisión de Conceptos de Calidad	# de conceptos de calidad emitidos		
Medicamentos		571	662
Alimentos		563	561
Peso en Kg de Medicamentos decomisados, congelados y desnaturalizados	Kg medicamentos decomisados y congelados	5.992,31	2.476
Peso en Kg de Insumos para la Salud decomisados, congelados y desnaturalizados	Kg insumos decomisados y congelados	132	255.25

ACTIVIDAD	Unidad de Medida	JULIO –DICIEM- BRE 2009	ENERO –ABRIL 2010
Peso en Kg de Alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	Kg alimentos decomisados y congelados	1.683.724	3.921.866
Litros de Alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	Lt alimentos decomisados y congelados	12.053	25.386
Establecimientos certificados en BMP de medicamentos, con reconocimiento internacional	# de Establecimientos con reconocimiento internacional	146	59
Establecimientos certificados en BMP y HACCP de alimentos con reconocimiento internacional	# de Establecimientos con reconocimiento internacional	24	9
Establecimientos certificados en NTF con reconocimiento internacional	# de Establecimientos con reconocimiento internacional	1	0
Capacitación y Asistencia Técnica			
Medicamentos		57	36
Alimentos		45	1
Insumos para la Salud		20	0

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirecciones Misionales

El Instituto tramita las sanciones que se derivan de las actividades de vigilancia y control así como las actuaciones encaminadas al cobro efectivo de las sumas que le adeudan, adelantando las acciones de cobro persuasivo, procesos ejecutivos por jurisdicción coactiva sin que medie intervención judicial.

En el período objeto de análisis, la Oficina Asesora Jurídica a través del Grupo de Procesos Sancionatorios ha adelantado 7.079 actuaciones administrativas. Resultado de estas actuaciones, se ha sancionado a 419 infractores de la normatividad sanitaria especialmente en alimentos, plantas de beneficio, medicamentos, cosméticos, bancos de sangre, dispositivos médicos, entre otros.

### Cuadro No. 103 Total Decisiones y Sanciones

TIPO DE SANCIONES	JULIO – DICIEMBRE 2009	ENERO –ABRIL 2010	TOTAL
Amonestación	46	21	67
Exoneración	29	25	54
Multas	133	286	419

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Oficina Asesora Jurídica

Como consecuencia de los procesos sancionatorios se impone el cobro de multas, suma que para el periodo objeto de análisis representa la suma de \$982.6 millones de pesos.

#### 7.2.2 Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización

Dentro del Programa Nacional DeMuestra la Calidad, en el año 2009, se identificaron 20 principios activos en diferentes formas farmacéuticas, estériles y no estériles, tales como Pi-

roxicam Gel, Penicilina G Procaínica, Metronidazol Tabletas, Amoxicilina Cápsulas, Timolol maleato oftálmico, Albendazol, Espironolactona, Naproxeno, Meropenem, Metoclopramida, Lansoprazol retard, Furazolidona, Metformina, Loratadina, Warfarina, Bupivacaína Clorhidrato, Trimetoprim Sulfametoxazol, Clotrimazol Crema, Cefalexina Suspensión y Amitriptilina. Para el segundo semestre se efectuó la confirmación por parte del laboratorio del INVIMA de los resultados que no cumplieron con las especificaciones de calidad y se inició la evaluación de los resultados para ordenar el retiro de estos productos del mercado. Para 2010, se aumentó a 22 el número de principios activos de medicamentos a ser muestreados, entre los cuales se incluyen formas farmacéuticas estériles y no estériles y principios activos como antipsicóticos, antibióticos, corticosteroides, antihipertensores, anticonvulsivantes, analgésicos, entre otros. A la fecha se ha efectuado el muestreo de 4 principios activos objeto de muestreo de este año. Los resultados del Programa son:

**Cuadro No. 104**  
**Programa De Muestras la Calidad de Medicamentos**

ACTIVIDADES	JULIO – DICIEMBRE 2009	ENERO – ABRIL 2010
Numero de Centros de Análisis	4	4
Principios Activos Muestreados y Analizados.	20	Se ha efectuado el muestreo de 8 principios activos de los 22 proyectados
Muestras Analizadas	609	Se adelanta el análisis de control de calidad de 146 muestras
Muestras Interlaboratorio	2	0
Muestras con resultados no cumple (centros de análisis)	73 (12.0%) Pruebas realizadas por los centros de análisis	Se dio inicio a los análisis de control de calidad, a la fecha no se ha recibido reportes
*Muestras con resultados conforme (Entre las que se incluyen los activos Penicilina G Procaínica PPR en Inyectable, Furazolidona Tabletas, Clotrimazol Crema, Amitriptilina Tabletas y Bupivacaína Clorhidrato Solución).	111 (18.2%) Pruebas realizadas por los centros de análisis	Se confirma el cumplimiento de los estándares de calidad del 97.4% del total de muestras tomadas en el año 2009, en marco de este programa
% de muestras No Conformes	4.6 % del muestreo total (Periodo II-2008, I-2009)	Se confirmó el porcentaje del 2.6% de muestras que dieron resultado No conforme del total de muestras tomadas en el año 2009

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

\*De estos principios activos, el 100% de las muestras cumplieron con los análisis realizados.

Los resultados permiten establecer una reducción en 2 puntos porcentuales en las muestras de producto que no cumplen con las especificaciones requeridas con relación al periodo 2008 – 2009 al pasar de 4.6% a 2.6% en el año que se reporta, cabe destacar que el total de principios activos analizados están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS. Estos resultados permiten evidenciar que los medicamentos que se consumen en el país cumplen con las condiciones de calidad requeridas en términos de efectividad y seguridad; y que las acciones de IVC para productores y comercializadores así como las certificaciones de calidad emitidas reflejan el nivel del estatus sanitario del país, en lo que a medicamentos se refiere.

El programa De Muestra la Calidad de medicamentos, en septiembre de 2009 obtuvo el máximo puntaje que otorga la Organización Panamericana de la Salud en la evaluación que efectuó el INVIMA, como Entidad Regulatoria de referencia, señalando al programa como sólido, con-

fiable y que permite proyectar la inclusión de otro tipo de productos que tienen incidencia en salud humana.

De otra parte, como parte del Sistema de Vigilancia en Salud, el Programa de Farmacovigilancia incluye el reporte, análisis y monitoreo de los eventos adversos así como las actividades de gestión del riesgo, teniendo como resultados los siguientes:

**Cuadro No. 105**  
**Actividades Realizadas Programa de Farmacovigilancia**

ACTIVIDAD	Unidad de Medida	JULIO –DICIEMBRE 2009	ENERO –ABRIL 2010
Seguimiento al programa de farmacovigilancia en Instituciones Prestadoras de servicios de Salud	No. de visitas	116	19
Capacitación y asistencia técnica a entes territoriales	No. de capacitaciones	18	4
Seguimiento al programa de farmacovigilancia en Laboratorios Farmacéuticos	No. de visitas	No se hacía esta actividad	12
Reacciones adversas enviadas a Uppsala	No. RAMs enviadas	1.822	694
Informes de seguridad Emitidos/Alertas	No. de informes de seguridad/Alertas	28	12
Boletines Publicados	No. de boletines	1	0

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos*

El programa formula informes de seguridad los cuales están encaminados a alertar o prevenir a la población sobre los riesgos que se pueden presentar con el uso de los medicamentos; las acciones se orientaron hacia los medicamentos que contienen los principios activos pseudoefedrina, rituximab, vareciclina, artesunato como respuesta ante posibles situaciones de riesgo detectadas a nivel mundial con estos medicamentos registrados y comercializados en el País.

El Programa Nacional de Tecnovigilancia identifica, evalúa y gestiona los problemas de seguridad y desempeño de los dispositivos médicos una vez salen al mercado con el fin de establecer mecanismos para reducir el riesgo de eventos adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el territorio nacional. De igual forma el Programa incentiva la articulación de los niveles nacional, departamental y local, junto con la academia, en la Red Nacional de Tecnovigilancia. Actualmente la Red cuenta con 1.072 inscritos representados en entidades prestadoras de salud, profesionales del área de la salud, importadores y fabricantes. Durante el periodo que se informa, se tramitaron 529 reportes. En materia de capacitación y asistencia técnica a importadores, fabricantes y entidades territoriales ejecutadas en el último año se realizaron 39 jornadas de capacitación para un total de 1.750 asistentes, adicionalmente, en el mes de diciembre de 2009, se llevó a cabo el 1er Foro Nacional de Tecnovigilancia, teniendo como tema principal la seguridad del paciente, Foro que contó con la participación de 210 asistentes. Dentro de las actividades de gestión del riesgo para este Programa se atendió la Alerta sanitaria PIP (Poly Implant Prothese) mediante el llamamiento a revisión de oficio a través de la Resolución 201001048, recepción de 19 casos de posibles eventos adversos y del congelamiento de 9.497 unidades de PIP.

### 7.2.3. Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – Invima.

A partir de las competencias asignadas al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA en el artículo 34 de la Ley 1122 de 2007 y por el enfoque que los CONPES Sanitarios han establecido para las actividades de IVC, el Instituto adelantó las acciones de inspección, vigilancia y control de los establecimientos fabricantes de alimentos, plantas de beneficio y la inspección sanitaria de alimentos y materias primas, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Dentro de las principales causas que motivaron la aplicación de medidas sanitarias se identifican aquellas asociadas a las condiciones sanitarias del establecimiento por estar el alimento contaminado, adulterado o falsificado, y por fallas en el control de procesos. Los resultados de estas actividades son:

**Cuadro No. 106**  
**Visitas De IVC de Alimentos y Aplicación de Medidas Sanitarias de Seguridad MSS por los Grupos de Trabajo Territorial (GTT)**

GTT	JULIO - DICIEMBRE 2009		ENERO - ABRIL 2010	
	IVC	MSS	IVC	MSS
Costa Caribe 1	473	17	185	15
Costa Caribe 2	1.410	115	231	8
Centro Oriente 1	629	22	338	3
Centro Oriente 2	326	9	762	55
Centro Oriente 3	493	25	254	20
Occidente 1	491	29	469	14
Occidente 2	541	22	295	9
Orinoquía	505	58	235	34
Eje Cafetero	N.A	N.A	74	4
TOTAL	4.868	297	2.843	162

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas*

La Inspección y Certificación de Alimentos y Materias Primas e Insumos en Sitios de Control en Primera Barrera, se evidenció con las acciones relacionadas con la Inspección, Vigilancia y Control en Puertos, Aeropuertos y Pasos de Frontera durante. En el período comprendido entre julio a diciembre 2009 y enero a marzo 2010, se han orientado a garantizar la calidad sanitaria de los alimentos y materias primas e insumos destinados para consumo humano que se exportan e importan, con el objetivo de dar seguridad al consumidor final de que tales productos no constituyen riesgo para la salud. El INVIMA, ha definido directrices para la inspección y certificación de los cargamentos en términos de inocuidad, calidad alimentaria y cumplimiento de la reglamentación sanitaria.

**Cuadro No. 107**  
**Consolidado Visitas de IVC en Primera Barrera**

ACTIVIDAD	Unidad de Medida	JULIO –DICIEMBRE 2009	ENERO –ABRIL 2010
Inspección y Certificación de Alimentos Importados	Certificados de Inspección sanitaria para nacionalización	15.870	9.877
Inspección y Certificación de Alimentos Exportados	Certificados de Inspección sanitaria para exportación	4.616	2.432
Toma de muestras	Muestras	2.020	1.004
Recaudo por tarifas de inspección y certificación de Importaciones y Exportaciones	Peso colombiano	\$ 2.587.729.199	\$ 1.564.469.402

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas Sistema de Información SIVICOS*

Para el fortalecimiento de las actividades en materia de IVC, el Instituto viene desarrollando Inspección Permanente a las plantas de beneficio con clasificación I y II, en inspección rotativa en aquellas plantas que por sus características en volumen generan impacto en la inocuidad del producto y por ende en la salud pública de las regiones. En este periodo, el INVIMA, implementó el Plan Fronteras, estableciendo de manera prioritaria el fortalecimiento de las acciones de IVC en las plantas de beneficio ubicadas en los Departamentos de Guajira, Norte de Santander, Arauca y Nariño, asegurando que el 100% de los animales sacrificados en las plantas de beneficio ubicadas en estas regiones, sean aptos para el consumo humano.

**Cuadro No. 108**  
**Visitas de IVC en Plantas de Beneficio y Aplicación de Medidas Sanitarias de Seguridad MSS**

PERIODO	IVC	MSS
Julio – Diciembre 2009	975	46
Enero – Abril 2010	261	15
<b>TOTAL</b>	<b>1.236</b>	<b>61</b>

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas*

Las principales causas que motivaron las medidas sanitarias de seguridad estuvieron asociadas con el establecimiento cuando no garantiza el suministro de agua potable durante los procesos de sacrificio y faenado de animales o por no contar con las áreas, equipos y utensilios mínimos necesarios para estos procesos así como por las malas prácticas higiénico sanitarias.

En el tema de capacitación a la comunidad, Industria y Gremios, bajo el criterio de adelantar jornadas de capacitación en temas de impacto para los procesos productivos del país, la Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas estructuró y adelantó 26 jornadas con una participación total de 1.071 personas, siendo el tema relacionado con la presentación y evaluación de planes de reconversión de leche cruda y leche cruda enfriada, el de mayor acogida, por la importancia frente al cumplimiento de la legislación sanitaria.

### Cuadro No. 109

#### Jornadas de Capacitación en el Tema Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias

TEMAS	JULIO – DICIEMBRE 2009		ENERO - ABRIL 2010	
	No. De jornadas	No. De Asistentes	No. De jornadas	No. De Asistentes
Rotulado general y nutricional de alimentos	8	200	-	-
Lineamientos para la presentación y evaluación de planes de reconversión de leche cruda y leche cruda enfriada	10	650	-	-
Publicidad de alimentos y bebidas alcohólicas	6	71	-	-
Seminario de Introducción a los OGM	1	50	-	-
ETAS transmitidas por leche y derivados lácteos	1	100	-	-
Rotulado General de productos importados	0	0	1	20
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>1.071</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

Se elaboraron normas y reglamentos técnicos, así como la formulación de proyectos para ejecución de los CONPES sanitarios 3375 y 3376 correspondientes a: “Política Nacional de sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos SMSF”, y Política Sanitaria de inocuidad para las cadenas de carne bovina y leches”; adicionalmente, se participó en la formulación de los CONPES porcícola (3458), hortifrutícola (3514), avícola (3468) y la política nacional de calidad (CONPES 3446).

En el año 2009, a fin de garantizar la ejecución de las acciones de vigilancia por laboratorio y fortalecer los laboratorios de Salud Pública Departamentales, el MPS realizó transferencias por \$5.000 millones.

Igualmente, participó en el proceso de formulación intersectorial del CONPES de laboratorios de Salud Pública e inicio el proceso para la confirmación y puesta en marcha de la Unidad Nacional de Riesgo e Inocuidad de Alimentos – UERIA con INS, INVIMA y DNP. – Formulación Plan Estratégico 2010 – 2014 y en la formulación de la norma de “Mapa de Riesgos de los Sistemas de Suministro de agua para Consumo Humano”.

Actividades con las agregaciones para activar el acceso de los alimentos a mercados internacionales

En el último año, el INVIMA ha promovido las acciones, tanto públicas como privadas, que permitan lograr que los procesos de admisibilidad sanitaria para exportación avancen de manera exitosa, con el fin de focalizar los esfuerzos a los mercados y productos de interés por parte de la industria. Para la fijación de políticas sanitarias, coordinación de aspectos técnicos relacionados con las exportaciones de alimentos, gestión y atención de auditorías internacionales de terceros países, el INVIMA en conjunto con los Ministerios de Comercio, Industria y Turismo y Agricultura y Desarrollo Rural, Departamento Nacional de Planeación, Instituto Colombiano Agropecuario, Proexport, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales y los departamentos comerciales de algunas Embajadas colombianas en terceros países, ha desarrollado actividades como: participación en acuerdos comerciales, desarrollo de proyectos de cooperación, participación

en la comisión intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias y reuniones de articulación relacionadas con estos temas. Resultado de la gestión del Instituto, existen varios procesos de admisibilidad sanitaria de alimentos a mercados internacionales en trámite, tales como exportación de carne bovina y de aves de corral a Chile, Trinidad y Tobago, Líbano, China, Hong Kong y Japón; leche y derivados lácteos a Panamá, Brasil y República Dominicana y productos de la pesca a Argentina y Brasil. De igual forma el INVIMA ha liderado la conformación de la agenda única prioritaria para el sector cárnico con el fin de focalizar las acciones en materia de acceso sanitario para lograr la admisibilidad a esos mercados internacionales.

**Cuadro No. 110**  
**Acceso a Mercados Internacionales**  
**Julio – Diciembre 2009 Enero – Abril 2010**

PAIS	ACTIVIDAD	AVANCES EN CUANTO A ADMISIBILIDAD SANITARIA
CHILE	Admisibilidad Sanitaria para leche y derivados lácteos	El Servicio Agrícola y Ganadero de Chile autorizó 10 plantas procesadoras de leche y derivados lácteos colombianas.
RUSIA	Admisibilidad Sanitaria para Carne Bovina y aves de Corral	El servicio Veterinario ruso autorizó 7 plantas de beneficio de la especie bovina y 4 de aves de corral colombianas para exportar a este país. Aún se están definiendo aspectos relacionados con los modelos de certificados sanitarios para exportación.
	Admisibilidad sanitaria para productos de la pesca	El servicio Veterinario ruso, autorizó una (1) planta de procesamiento de productos de la pesca colombiana. Aún se están definiendo aspectos relacionados con los modelos de certificados sanitarios para exportación.
	Admisibilidad sanitaria para leche y productos lácteos	El Servicio Veterinario ruso autorizó 7 plantas procesadoras de leche y productos lácteos colombianas. El INVIMA está a la espera de los requisitos sanitarios para la definición del certificado de exportación.
PERU	Admisibilidad sanitaria para carne bovina	El SENASA de Perú autorizó 7 plantas de beneficio y desposte para exportación. Se encuentra en trámite la solicitud de autorización para 5 plantas adicionales.
	Admisibilidad sanitaria para leche y derivados lácteos	El SENASA de Perú autorizó 5 plantas de procesamiento de leche y derivados lácteos para exportación. Modelo de certificado sanitario para la exportación acordado.
	Admisibilidad sanitaria para gelatina	Autorizadas 2 plantas colombianas productoras de gelatina.
BRASIL	Admisibilidad sanitaria para productos de la pesca.	El Departamento de Productos de Origen Animal de Brasil autorizó 2 plantas procesadoras de productos de la pesca colombianas para exportar sus productos a este país.
EGIPTO	Admisibilidad sanitaria para carne de la especie bovina.	El Ministerio de Agricultura de Egipto autorizó 3 plantas de beneficio colombianas para exportar sus productos a este país. Se esta acordando el modelo de certificado sanitario a emplear.

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas*

### 7.3. Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen

El Fondo Nacional de Estupefacientes, como acciones de IVC, realizó capacitaciones sobre el tema “Problemática de contrabando técnico y físico de materias primas de control especial y medicamentos que las contienen en Colombia” dirigidas a las autoridades involucradas en la fiscalización de sustancias controladas a nivel nacional, así:

### Cuadro No. 111

#### Eventos relacionados con Fiscalización y Control de sustancias de control especial

Fecha	Cuidad	Objeto	Asistentes
Septiembre octubre noviembre 2009	Puertos de Tumaco, Buenaventura, Cartagena, Barranquilla y Santa Marta	Divulgación de políticas y normatividad en cuanto a fiscalización de materias primas de control especial y medicamentos que la contienen en puertos marítimos del país, teniendo en cuenta que por esta vía ingresan al territorio nacional muchas de las mercancías provenientes de otros países lo cual facilita significativamente el contrabando.	DIAN, Secretaría Departamental de Salud, Secretaria de Gobierno y representantes de planteles educativos.  INVIMA, Ministerio de Comercio, Funcionarios de protección y seguridad de la sociedad portuaria, Agencias Especializadas de Aduana y Depósitos Aduaneros
Marzo 2010	Zona Franca Bogotá	Dar a conocer los antecedentes que llevaron a que los estupefacientes, los psicotrópicos y los precursores llegaran a ser objeto de fiscalización y control a nivel internacional, contextualizar al lector en la normatividad existente a nivel internacional y nacional e informar sobre el rol que ejerce La UAE Fondo Nacional de estupefacientes en la lucha de este flagelo.	Representantes de Zona Franca, entidades públicas como: Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, Policía Fiscal Aduanera, Policía Antinarcoóticos, Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos INVIMA, Ministerio de Comercio Industria y Turismo; así como representantes del sector privado como Laboratorios Farmacéuticos, Agencias de Aduana y Depósitos Habilitados de Aduana.

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes

Dentro del programa de Inspección, Vigilancia y Control, se realizaron las siguientes actividades: Visitas de Auditoria, Fiscalización a los procesos de Transformación y destrucción:

### Cuadro No. 112

#### Actividades de auditoría y fiscalización

Fecha	Acciones	Resultados
Tercer trimestre 2009	Asistencia al 100% de las solicitudes de transformación de sustancias sometidas a fiscalización	Se asistió a 166 transformaciones
Cuarto trimestre 2009		Se asistió a 172 transformaciones
Primer trimestre 2010		Se asistió a 106 transformaciones
Tercer trimestre 2009	Asistencia a las solicitudes de destrucción de sustancias sometidas a fiscalización y/o medicamentos que las contengan	Se asistió a 54 destrucciones
Cuarto trimestre 2009		Se asistió a 24 destrucciones
Primer trimestre 2010		Se asistió a 54 destrucciones
Tercer trimestre 2009	Visitas de Auditoria a establecimientos farmacéuticos inscritos ante la Unidad	Se realizaron 86 auditorías en Inspección, Vigilancia y Control.
Cuarto trimestre 2009		Se realizaron 66 auditorías en Inspección, Vigilancia y Control.
Primer trimestre 2010		Se realizaron 56 auditorías en Inspección, Vigilancia y Control.

Fecha	Acciones	Resultados
Tercer trimestre 2009	Expedición de actos administrativos para el manejo legal de sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos que as contengan	Se expedieron 32 actos administrativos de autorización
Cuarto trimestre 2009		Se expedieron 99 actos administrativos de autorización
Primer trimestre 2010		Se expedieron 90 actos administrativos de autorización

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes

Como Apoyo Interinstitucional e Internacional, se realizó el estudio técnico científico de la viabilidad de incluir el medicamento ZOLPIDEM (como producto terminado) a control especial FRANJA VIOLETA ya que la sustancia ZOLPIDEM y sus sales están sometidas a fiscalización por estar incluidas en la “Lista Verde” de sustancias psicotrópicas, sin embargo, el medicamento como producto terminado no está sometido a fiscalización.

Como resultado del estudio, el INVIMA recomendó incluir los medicamentos que contengan el principio activo ZOLPIDEM, como medicamento de control especial y prescripción bajo fórmula médica en el recetario Oficial expedido por el Estado colombiano.

Se Realizó el estudio “Importación y distribución de las sustancias sometidas a fiscalización: EFEDRINA Y PSEUDOEFEDRINA, desde la vigencia 2007 hasta el 15 de noviembre de 2008 en Colombia”, adicionalmente se hizo el estudio en 2010 para la vigencia 2009.

Por otra parte, durante el periodo julio 2009 a marzo de 2010, se realizaron los trámites que han permitido a los usuarios inscritos llevar a cabo de forma oportuna sus procesos de importación y exportación y así mismo mejorar el proceso de fiscalización sobre las importaciones y exportaciones de las sustancias de control.

En relación al Consumo de Medicamentos de Control Especial - MCE, durante el periodo, se surtió la demanda nacional de medicamentos de control especial monopolio del Estado en un 100%, lo cual aseguró que los pacientes de todos los departamentos contaran con los medicamentos necesarios para calmar el dolor severo (opioides), los tratamientos anticonvulsivantes (fenobarbitales) y el tratamiento de la hiperactividad y déficit de atención (metilfenidato).

Así mismo se dio cumplimiento en el 100% con el plan de compras para surtir la demanda del país, durante el periodo se aseguró la optimización de los recursos asignados a la Unidad para asegurar la disponibilidad de los medicamentos monopolio del Estado en el territorio nacional.

## 7.4. Vigilancia en Salud Pública

La red nacional de vigilancia en salud pública, durante el año 2010 ha recibido notificación por parte de las Unidades Notificadoras Departamentales (UND) en un 97.2% (35/36 entidades territoriales); por parte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) el 89.75% (1007/1122) y la notificación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos en las entidades territoriales debe ser de mínimo el 80%, sin embargo, los departamentos con cumplimientos menores fueron los siguientes: Caquetá (48.65%), Cundinamarca (36.83%), Choco (43.55%), Vichada (37%) y Guainía (0%),

En relación al Virus Pandémico A (H1/N1), a partir del 25 de abril de 2009 y hasta el 16 de abril de 2010 se han informado al Instituto Nacional de Salud 154.646 casos, de los cuales se confirmaron 3.787, se descartaron 9.801, se encuentran 139.424 casos sospechosos de influenza A, 1634 casos probables y se han presentado 234 casos de mortalidad.

## 8. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

### 8.1. Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector

#### Sanatorio Agua de Dios:

Se realizó en Agosto de 2010, el IV Encuentro Nacional de Coordinadores, del Programa de Control de la Lepra, con la participación de delegados de las entidades territoriales, del Ministerio de la Protección Social, de OPS/OMS, de DAHW, de las Universidades y de la Junta Directiva del Sanatorio.

Convenio con la Organización Panamericana de la Salud OPS, para desarrollar CAPACITACION a las 36 entidades territoriales en el manejo del Programa Nacional de Control de la Lepra, se realizó la capacitación a 99 funcionarios de 34 entidades territoriales, en las instalaciones de la Casa Medica, la Clínica Herrera Restrepo, los Albergues Boyacá, Ospina Pérez y el San Vicente.

Convenio con el Departamento de Cundinamarca, para la realización de las actividades de los programas de Lepra y Tuberculosis en el año 2010.

Los anteriores convenios han generado ingresos por un valor de \$261 millones.

#### Sanatorio Contratación:

En materia de Mejoramiento de la calidad del Talento Humano durante las vigencias 2009-2010, se han llevado a cabo eventos de capacitación que han beneficiado al 100% de los funcionarios, en temas como:

**Cuadro No. 113**  
**Eventos de Capacitación del Talento Humano**  
**2009 - 2010**

Capacitación	Funcionarios Asistentes	Duración (Horas)
Gestión del talento humano	17	8
Facturación en servicios de salud	1	20
Auditoria en calidad y SOGCS	30	24
Manejo geriátrico pacientes de Hansen	62	40
Influenza a H1N1 Hansen	92	2
Gobierno en línea y alistamiento para la certificación en calidad	78	1
Nueva normatividad en facturación servicios de salud	46	2
Taller lineamientos intensificación jornada nacional de vacunación	1	
Promoción de la política institucional IAMI	63	1

Capacitación	Funcionarios Asistentes	Duración (Horas)
Seminario taller en avances en el proceso contable publico "situaciones especiales"	2	8
Derechos humanos con énfasis en derechos sexuales y reproductivos y derechos de los niños	31	1
Taller criterios para la aplicación de las modalidades de selección de contratistas	1	8
Conferencia de ginecobstetricia "hiperprolactinemia, preclampsia y reanimación neonatal"	1	8
Estrategia gel "tramitador en línea	1	8
Socialización mapa de riesgos servicio de urgencias	53	1
Sensibilización en archivística	39	2
Plan estratégico colombiano libre de TBC 2006-2015	58	2
Socialización manual técnico administrativo programa PAI	43	2
Acuerdos 335-336 norma programa PAI	42	2
Implementación del modelo de servicios amigables para jóvenes	29	1
Política nacional de salud sexual y reproductiva	30	1
Taller de socialización en política IAMI	72	1

Fuente: Sanatorio Contratación ESE

### Caprecom:

Implementó servicios en línea, rediseñó su portal web y alcanzó el segundo lugar en la calificación dada por GOBIERNO EN LINEA en el sector de la Protección Social, logro importante en este periodo, el cual fue el resultado del trabajo de mejoramiento permanente, con los siguientes avances en servicios:

#### Cuadro No. 114 Servicios en Línea Web julio 2009- abril 2010

JULIO 2009	ABRIL 2010
Pagina web estándar	Rediseño del portal de internet
Clasificación en puesto 16 por gobierno en línea	Segundos en el sector y cumplimiento de las etapas de Información 100%, Interacción 98% y Transformación 92%
Servicios al proveedor(inscripción)	Oferta de empleo,
Verificación de derechos de usuarios del régimen subsidiado	En Régimen subsidiado, tenemos Formatos de la 3047,
Negocio de pensiones: pagos a través del SOI	En el negocio de pensiones se tiene: desprendibles de pago, certificado de ingresos y retenciones, extractos foncap

Fuente: Caprecom. Oficina de Gestión Tecnológica.

La Entidad, implementó sistemas de información que se referencian en la tabla siguiente y, amplió el cubrimiento de los ya existentes en las diferentes áreas de la entidad, generando herramientas informáticas que permiten apoyar el cumplimiento de su objetivo misional.

**Cuadro No. 115**  
**Sistemas de Información**  
**Julio 2009- Abril 2010**

JULIO 2009	ABRIL 2010
Implementación de SI de EPSS en 16 Territoriales	Implementación de SI en 23 Territoriales
Identificación Biométrica para usuarios EPSS, pensionados, seguridad perimetral en 2 sitios	Identificación y autenticación biométrica para usuarios EPSS, Pensionados, Seguridad perimetral en 19 Sitios
Implementación de SI unificado para IPS propias o administradas 0	Implementación de SI unificado para IPS propias o administradas 20
SI para procesos Judiciales 0	SI en implementación para procesos judiciales en las 32 territoriales
SIST. para MECI, NTGP 1000 y BSC en requerimiento	SIST. para MECI, NTGP 1000 y BSC en Implementación

*Fuente: Caprecom. Oficina de Gestión Tecnológica.*

La renovación tecnológica en Caprecom ha permitido mejorar los servicios ofrecidos y estar a la altura de las necesidades actuales de una entidad en constante crecimiento, tal es el caso de la ampliación de videoconferencia que paso de 23 sitios que se pueden conectar en forma simultánea a 47 sitios en igual forma, el tener una infraestructura tecnológica renovada brinda herramientas de trabajo de ultima generación a nuestros clientes internos que se transforma en un mejor servicio a nuestros clientes externos que es la razón de ser de la entidad.

### **Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta:**

De acuerdo con el análisis del estado general del Control Interno Contable, del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, la calificación obtenida por el sistema fue de (4.97), que corresponde al nivel de adecuado. Se evidencia que los registros de las transacciones y la información financiera en general son oportunos y confiables.

En relación con la GESTIÓN AMBIENTAL, Conscientes de la necesidad de cuidar el medio ambiente, la entidad dio continuidad al proyecto, priorizando la identificación de aspectos e impactos ambientales significativos, resultados de las actividades que realiza en general y para ello, suscribió un contrato con la empresa CONTROL AMBIENTAL, quienes efectuaron el análisis isocinético de la planta eléctrica, balance de agua y uso eficiente del recurso hídrico. Igualmente la compañía CODIAGUAS, diseño la separación de redes (sanitarias, lluvias y residuales) de las instalaciones.

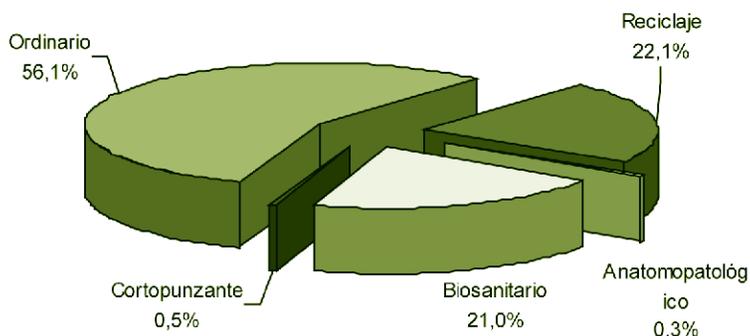
Para dar cumplimiento a la norma internacional ISO 14001:2004, el Centro Dermatológico suscribió el contrato con la firma SOL & SER, quienes desarrollaron la planificación que contiene definición de aspecto e impacto ambiental; metodologías de identificación de aspectos e impactos ambientales, manejo de sustancias químicas y la asesoría para la elaboración del plan de manejo ante emergencias. De esta manera, el Centro Dermatológico logra avanzar y cumplir con el primer módulo tendiente a obtener la certificación en Gestión Ambiental.

Respecto al Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios, la Dirección General y el equipo directivo, han demostrado su compromiso frente al adecuado manejo de los residuos y la sensibilización a todo el personal tendiente a reducir tanto como sea posible los riesgos que para la salud de los usuarios internos, usuarios externos, la comunidad y el medio ambiente, que se derivan del inadecuado manejo de los diferentes tipos de residuos que aquí se generan, en especial de aquellos residuos que por su carácter infeccioso, propiedades químicas o físicas presentan un alto riesgo.

El Centro ha sido clasificado por la empresa recolectora de residuos infecciosos ECOCAPITAL INTERNACIONAL S A ESP como pequeño generador de residuos contaminados con un promedio diario de 8 Kilogramos. Los residuos no peligrosos están en promedio en 42 Kilos día.

El Centro Dermatológico genera en promedio 1.300 Kilos de residuos por mes los cuales están clasificados de la siguiente forma:

**Gráfica No. 8**  
**Promedio de Residuos Generados**  
**Enero-Octubre 2009.**



*Fuente: Indicadores Gestión Ambiental*

En lo que respecta a emisiones atmosféricas, éstas no se generan en nuestra institución, ya que no se cuenta con incineradores, ni con tecnologías que generen este tipo de residuos.

Finalmente, y atendiendo el contenido del artículo 28 del Decreto 4741 de 2005, se realizó la solicitud de inscripción en el registro de generadores de residuos peligrosos ante el IDEAM, en aspectos relacionados con residuos (biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes, lámparas, raees, cts, residuos químicos, medicamentos vencidos, baterías, etc.)

### **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA**

El modelo de gestión adoptado por el INVIMA, permitió en el último año registrar los siguientes resultados:

Se obtuvo la acreditación de los laboratorios de Alimentos bajo la norma ISO 17025/2005, por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, acreditación que valida las técnicas aplicadas en el Instituto, bajo un sistema de gestión de calidad con reconocimiento internacional.

El INVIMA fue auditado por la Organización Panamericana de la Salud obteniendo una calificación Nivel III en escala de I a IV, logrando afianzar no solo el posicionamiento en el ámbito sanitario de la región, sino el reconocimiento internacional del estatus sanitario de Colombia, factor clave para la competitividad. Dentro del Índice de Transparencia Nacional, el INVIMA ocupa el primer lugar en la clasificación dentro de las de las instituciones del sector de la Protección Social con un cumplimiento del 81%.

### **Fondo de Previsión Social del Congreso – Fonprecon**

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, culminó exitosamente el proceso de liquidación del capítulo de salud que ordenó el Decreto 1700 de 2003. En efecto, la Entidad adelantó las acciones requeridas para conseguir la aprobación de la totalidad de las declaraciones

de giro y compensación por parte del FOSYGA y en consecuencia, solicitó ante el Ministerio de la Protección Social la declaratoria del cierre definitivo de este servicio.

Esta declaratoria se produjo mediante oficio suscrito por la Directora General de Financiamiento de ese Ministerio, con el cual afirma que "... todos los asuntos relacionados con el FOSYGA según establece la circular 052 de 2006 quedaron terminados satisfactoriamente."

Como producto de la compensación excepcional que la Entidad adelantó ante el FOSYGA en virtud del decreto 4047 de 2004 para la culminación del cierre del servicio de salud, se generaron excedentes por \$1.097,6 millones que la Entidad recibió y registró como excedentes financieros en el estado de Pérdidas y Ganancias, por la gestión del Fondo ante el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación.

### Colpensiones

Con el fin de estructurar un ente que administre el régimen de Prima Media del sistema pensional, el Gobierno Nacional creó a Colpensiones, para lo cual procedió a la expedición de los siguientes Decretos:

- » Decreto 4488 de 2009 (18 de noviembre), por el cual se aprueba la estructura de Colpensiones, se determinan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.
- » Decreto 4489 de 2009 (18 de noviembre), por el cual se aprueba la planta de personal de Colpensiones.
- » Decreto 4490 de 2009 (18 de noviembre), por medio del cual se establece el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos de Colpensiones.

### 8.1.1 Sistemas de información y estadísticas

#### Ministerio de la Protección Social:

Para la construcción del SISPRO, se suscribió un contrato con la UT Grupo Gesfor, por \$13.177,4 millones, cofinanciado con recursos del BID a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. La Interventoría a este contrato fue contratada con la Universidad de los Andes -CIFI en 6 de junio de 2006, por un valor de \$1.159,6 millones.

El proyecto contratado incluyó los siguientes subproyectos:

1. Sistema de Gestión de Datos (SGD), o bodega de datos del SISPRO.
2. Aplicativos misionales, que incluyen el SISSUB (Sistema de Información para la Operación territorial del Régimen Subsidiado en Salud, el SISMED (Sistema de Información para el mercado de Medicamentos) y RUAF Transaccional.
3. El Centro Táctico de Entrenamiento.
4. Capacitación y Gestión del Cambio Organizacional.

El Sistema de Gestión de Datos es el corazón del SISPRO, en la medida que permite la obtención de los datos a partir de las fuentes, la extracción, transformación y cargue de los datos en la bodega, y, el diseño y disposición de la información a través de las herramientas que automatizan y facilitan los reportes, consultas y análisis de los usuarios de la bodega de datos. Todo el software desarrollado para el Sistema de Gestión de Datos y todos los aplicativos misionales del SISPRO se encuentran en etapa de producción, son ellos RUAF Transaccional; SISMED; PISIS; CUENTAS DE SALUD.

A continuación se presentan en detalle cada uno de los componentes del SISPRO y sus avances durante 2009-2010.

A la fecha, el Proyecto SISPRO ha avanzado en la construcción de un sistema de información basado en la implementación de una bodega de datos que permite la integración de información proveniente de diferentes fuentes y que provee la información necesaria para la toma de decisiones que apoye la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios, en cada uno de los niveles del Sector, suministrando información a todos los usuarios y a la población en general.

En este período, 2009 a 2010, se destacan los siguientes logros: en la bodega de datos del SISPRO o Sistema de Gestión de Datos (SGD), se tienen disponibles reportes generados a partir del cargue de datos de las siguientes fuentes: PILA, RUAF, RIPS, SIHO, Encuestas de Calidad de Vida, Indicadores Socio-Demográficos e Información Financiera de los Fondos.

Así mismo, el uso y operación del RUAF se encuentra reglamentado y se han realizado los desarrollos de los módulos de nacimientos y defunciones, con el DANE, cuyo plan de implantación masiva en las IPS a nivel nacional, se encuentra en ejecución.

A 30 de abril de 2010, el RUAF contiene 113.269.901 registros activos; en la PILA, se ha cargado información de los pagos de 3.371.652 aportantes, correspondientes a 13.113.556 cotizantes, por \$92.5 billones, y en el SISMED se ha recibido información de 117 mayoristas, 417 laboratorios, 167 IPS y 20 EPS.

**Cuadro No. 116**  
**Registro RUAF**  
**Información a 30 de abril de 2010**

Componente	Cantidad	Total Registro Activos
Cajas de Compensación	48	12.489.068
Pensiones	14	15.549.353
Riesgos Profesionales	15	5.344.235
Pensionados	35	1.177.433
Asistencia Social	14	39.785.580
Salud (Corte a marzo 2010)	Contributivo	18.136.635
	Subsidiado	20.778.867
<b>TOTALES</b>		<b>113.260.867</b>

*Fuente: RUAF, 2010*

**Sistema de Afiliación Única:** paralelamente a los desarrollos de software necesarios para la Afiliación Única Electrónica que permitirá por vía web y otros medios asistidos facilitar la afiliación integrada a la Protección Social en los componentes de salud, pensiones y cesantías, riesgos profesionales y cajas de compensación, se trabajó en la propuesta de organización del sistema que operará esta nueva forma de Afiliación a la Protección Social.

**Implementación Masiva de Nacimientos y Defunciones:** a partir de octubre de 2009 se inició la capacitación masiva de la red de hospitales de SaludCoop y de las IPS de 17 departamentos priorizados, en las cuales se implantará el uso de los nuevos certificados electrónicos de nacido vivo y de defunción.

Implementación de Cuentas Maestras – Régimen Subsidiado: durante todo el período se realizó la recepción de la información sobre las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado proveniente de los municipios, departamentos y entidades financieras que manejan estos recursos.

### Gobierno en Línea

El Ministerio de la Protección Social considerando el carácter estratégico y la prioridad que la política de Estado ha dado a la Estrategia de Gobierno En Línea, sumado a los esfuerzos que se han emprendido para su avance y consolidación, emprendió una serie de acciones como soporte a la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la implementación de la Estrategia.

La Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social, dando cumplimiento a sus respectivas funciones y al compromiso de rendir cuentas de la gestión gubernamental, presenta los principales logros alcanzados en la ejecución de la Estrategia de Gobierno en Línea en el periodo 2009-2010, resaltando los elementos de base definidos para garantizar el cumplimiento y sostenibilidad de la estrategia.

Integración a la política sectorial. A fin de articular las estrategias de modernización de la administración pública, se incorporó la Estrategia de Gobierno en Línea dentro de los objetivos de Planeación del Ministerio, incluyéndose en el Sistema de Desarrollo Administrativo –SISTEDA, de manera que los funcionarios del Ministerio y de la Entidades Adscritas y Vinculadas han reconocido las oportunidades de integración entre este instrumento y la estrategia; este esquema incorporado en enero de 2009 ha contribuido a las capacidades de carácter administrativo y organizacional para gestionar recursos técnicos, humanos y financieros como manera para avanzar en la implementación de la política de Gobierno en Línea sectorialmente.

Siguiendo este esquema, se articuló también la Estrategia GEL con el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y MECI presentando los lineamientos respectivos en la reunión del Sistema de Control Interno de los Jefes de las Oficinas de Control Interno del Sector de la Protección Social, realizada en mayo de 2009, quedando incluida en el eje temático de gestión del sector con el fin de que desde las oficinas de Control Interno se apoye en el avance del proceso de implementación de la estrategia de Gobierno en Línea en el Sector, realizando las evaluaciones pertinentes. Desde entonces los jefes de control interno hacen parte de los actores activos de este proceso de implementación.

Así mismo a fin de garantizar la sostenibilidad de la Estrategia se adelantaron acciones para la creación del comité de Gobierno en Línea detectando la necesidad de desarrollar una condición integral donde se alinearan los esfuerzos de los diversos actores del Ministerio, toda vez que los Sistemas de Desarrollo Administrativo, de Gestión de Calidad y de Control Interno van confluyen con la finalidad de la Estrategia de Gobierno en Línea y Política de Racionalización, al buscar mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por el Estado.

Esta visión integradora requirió el replanteamiento del eje de acción de la política de gestión al interior del Ministerio y el trabajo conjunto con dependencias estratégicas a fin de alinear las iniciativas de modernización creándose el Sistema Integrado de Gestión del Ministerio de la Protección Social, con la expedición de la resolución 3167 del 28 de agosto de 2009 en el cual se conformó un equipo operativo y de apoyo en lo relativo a la implementación de las políticas de antitrámites y de gobierno en línea.

Armonización de la estrategia de trámites. Enmarcada en la estrategia definida por el Ministerio de la Protección Social en lo que respecta a la racionalización y automatización de trámites y

su articulación con la implementación de Gobierno en Línea a nivel institucional y sectorial se generaron espacios de comunicación con el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP quien revisa, analiza y aprueba el registro e inscripción de los trámites y servicios institucionales en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT.

Los espacios de comunicación generados buscaron la socialización y difusión de la información relacionada con trámites y servicios, a fin de lograr articulación entre el DAFP y cada una de las Entidades de nivel nacional del Sector para reducir los problemas de información que respecto del tema se presentan en el proceso de racionalización y automatización de trámites, logrando el acompañamiento del administrador de Trámites y Servicios del DAFP para el sector quien en cada una de las visitas de seguimiento sectorial brinda orientación y asesoría en el proceso de racionalización de trámites desarrollados en cada una de las entidades de nivel nacional del sector. Resultado de esta articulación con el DAFP en diciembre de 2009, se realiza reunión de seguimiento de racionalización de trámites del sector de manera conjunta, en el espacio definido para el seguimiento sectorial operativo de la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea.

**Direccionamiento Estratégico.** Para efectos de avanzar en la implementación sectorial de la Estrategia de Gobierno en Línea - GEL, tras la expedición del Decreto 1151 de 2008, se dieron pautas fundamentales con enfoque al cumplimiento de las metas, emitiendo la circular 062 de 30 de septiembre de 2009 donde se imparte lineamientos a las Entidades del Sector para abordar los mecanismos que garanticen que en el año 2010 se logre el cumplimiento al 100% de la implementación de la Estrategia, de acuerdo con los tiempos definidos por la norma respectiva. Para ello se instó a la presentación de los respectivos Planes de Acción de Gobierno en Línea 2010, acordes con la Política de Racionalización de Trámites y con el Programa Nacional de Servicio al Ciudadano y a la presentación de los Proyectos de Sistemas de Información vigencia 2010.

**Retroalimentación sectorial.** Con el fin de conocer la participación y estado de avance de las 17 entidades de nivel nacional que conforman el sector, en el cumplimiento de los criterios definidos en cada una de las fases y como parte de la integración a la política sectorial, se dio continuidad al seguimiento del tema de la Estrategia de Gobierno en Línea en las reuniones Sectoriales del Desarrollo Administrativo realizadas con periodicidad bimestral y en la que participan los Secretarios Generales de cada una de las entidades del sector.

De igual manera se dio continuidad al esquema de reuniones mensuales de seguimiento sectorial de nivel operativo de avance de la estrategia, en la cual participan de manera activa los líderes de la Estrategia GEL, los jefes de planeación y de sistemas de información de las entidades del sector; convocatorias en las cuales se permite la retroalimentación, para evitar aspectos críticos en el cumplimiento de los criterios de las fases con la presentación y validación de los avances.

La definición de este esquema de retroalimentación en el sector, ha permitido elevar el nivel de avance sectorial en el cumplimiento de las fases, contar con el cumplimiento de las fases en menor tiempo, tener un sector coordinado y con soluciones de problemas compartidas, así como la mayor participación de la Alta Dirección en el proceso.

**Automatización de trámites.** A fin de utilizar las TIC como herramientas de gestión en el desarrollo administrativo y como parte de las políticas de racionalización de trámites y de gobierno en línea se dio inicio al proceso de automatización previa identificación de aquellos trámites y servicios de mayor impacto, a fin de simplificar la interacción de los ciudadanos con el Ministerio de la Protección Social y como aplicación de la plataforma de interoperabilidad en el esquema de modernización del Estado.

Durante el primer semestre de 2009 se trabajó en la priorización de los trámites que requieren

formularios, unificando criterios y estándares sobre su presentación y diseño para diligenciamiento en Web. En el segundo semestre se avanzó en la automatización de los trámites del Comité Paritario de Salud Ocupacional “COPASO”, el cual está operando de manera inicial para la Territorial Cundinamarca; “Certificado de Proporcionalidad” y “Variación de Proporcionalidad”, el cual a diciembre de 2009 está operando como piloto controlado con las empresas definidas por la Dirección de Promoción del Trabajo, área responsable de la operación del mismo; “Autorización de Menores y adolescentes para trabajar” el cual a Dic. de 2009 se encuentra automatizado y en espera del ajuste normativo detectado durante el proceso de automatización y el trámite de “Tarjeta Profesional de Médico” que está en proceso de publicación en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT.

En el primer semestre de 2010, se ha avanzado en la optimización de estos trámites unificando la interfaz de acceso a ellos, se ha incluido la firma digital al trámite de Certificado de Proporcionalidad, se ha dado inicio al proceso para la inclusión del botón de pago en el trámite de tarjeta profesional y se ha planteado de manera conjunta con las dependencias involucradas el plan de implantación de los tramites a nivel nacional.

Entre los beneficios detectados en este proceso inicial de automatización de trámites se encuentran la eliminación significativa de la documentación física para la presentación y atención de estos trámites, reducción en la generación de archivos físicos, sencillez y rapidez en la presentación de los trámites, equidad en realización de los trámites, ahorro de recursos, ampliación del horario de recepción, entre otros.

Cadenas de Trámites. Como mecanismos que habilitan la entrega de los servicios de información requeridos por la ciudadanía y que se manifiestan a través de distintos momentos en el ciudadano, se plantearon como cadenas de trámites del Ministerio la automatización del trámite de la Solicitud del Certificado de Proporcionalidad y la Afiliación Única al Sistema de la Protección Social.

En el proceso de automatización del trámite de Proporcionalidad, en el primer semestre de 2010 se ha realizado un esfuerzo importante alrededor de acordar la habilitación de una plataforma de interoperabilidad, sobre la que se pueda conectar la Cancillería como parte de la cadena del trámite.

La otra cadena de trámite considerada por el Ministerio es implementar un sistema único que garantice la inscripción, afiliación y reporte de novedades de manera unificada, simple, directa y oportuna al Sistema de la Protección Social. En los años 2008 y 2009 el Ministerio de la Protección Social trabaja en las normativas tendientes a la aplicación del sistema planteado.

Difusiones y/o capacitación en temas de la Estrategia. Desde la Dirección General de Planeación y Análisis de Política se realizó entre los meses de abril a noviembre de 2009 procesos de sensibilización sobre la Estrategia de Gobierno en Línea – GEL, dando a conocer a los Directores Generales y a los Coordinadores de Grupo del Ministerio de la Protección Social, la importancia de su aplicación.

De igual manera se contemplaron sesiones de capacitación en temas específicos de Gobierno en Línea donde se convocó desde el nivel directivo de las 17 Entidades hasta perfiles acordes con los temas a tratar, entre ellos: firma digital, correo electrónico certificado, notificación electrónica, accesibilidad web, tramitador en línea.

En 2010 se ha dado continuidad al proceso de institucionalización de la Estrategia de Gobierno en Línea, realizando en este primer semestre un ejercicio específico para líderes de la implementación de la estrategia GEL del Sector en el nivel nacional donde se presentó y revisó en

detalle la nueva versión del Manual de Implementación de la Estrategia y una sesión dirigida a Secretarios Generales sobre experiencias de la gestión participativa en línea aplicadas a la fase de Democracia.

Definición de acciones. A fin de garantizar la implementación de la estrategia de Gobierno En línea y lograr el cumplimiento de las metas acorde con las acciones de corto y mediano plazo definidas en el Plan de Acción de Gobierno en Línea 2009-2010, en el primer trimestre de 2010 se realizó ajuste al Plan teniendo en cuenta la nueva versión del manual de implementación de la Estrategia.

### **Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia:**

La Entidad dispone de programas de apoyo para la gestión, los cuales se actualizan regularmente como respuesta a las necesidades identificadas por los usuarios del Fondo, éstos son:

#### **Programa de Correspondencia**

Dinámica Gerencial - Software para el registro del proceso de afiliación, cargue, validación de autoliquidaciones y de compensación con destino al FOSYGA.

Sistema Integral de Procesos y Procedimientos – SIP: Es un sistema que permite documentar las labores cotidianas de nuestra Entidad.

Doc\_Plus: Software de archivo para la consulta y préstamo de documentos.

Sistema de Gestión Documental – ORFEO: Software de Gestión Documental que se está implementando a partir del año 2010, el cual dará acceso a las sucursales en todas las ciudades para realizar la radicación y consulta de trámites en línea.

### **Gobierno en Línea**

El proceso de implementación de la “Estrategia de Gobierno en Línea” ha venido desarrollando actividades para dar cumplimiento a las fases 2 (Interacción) y 3 (transacción) a través del plan de acción de gobierno en línea, el cual fue formulado en enero del año 2009. Con el avance de la implementación de las acciones formuladas se obtuvieron los resultados que muestra la calificación otorgada por el comité de Gobierno en línea, correspondiente al 100% y 50% respectivamente para cada una de las fases.

### **Sistema de Seguimiento y Evaluación del Sistema de la Protección Social**

En lo relacionado con el desarrollo del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Sistema de la Protección se continuó avanzando en los tres componentes:

En el componente de seguimiento a resultados: se siguieron desarrollando, a través de revisiones permanentes del equipo de trabajo en cuanto a la disponibilidad de la información requerida, los niveles de políticas y proyectos y se avanzó de manera significativa en lo relacionado con el Plan Estratégico Sectorial. Con base en el trabajo antes referido, se incorporaron ajustes tendientes a hacer más operativo el sistema, los cuales llevaron a definir 10 objetivos de política asociados a 41 objetivos específicos y a 222 indicadores, los cuales cuentan con sus respectivas hojas de vida. Es de resaltar que la construcción del sistema se ha realizado de manera coordinada con las Direcciones del MPS, y que con el propósito de avanzar en su consolidación e iniciar su institucionalización se generaron sesiones de trabajo con cada una de las Direcciones del MPS de tal forma que se logre un mayor nivel de conocimiento y de apropiación del sistema por parte de cada una de ellas.

Es de destacar, que se avanzó en la elaboración de un primer documento de Balance de los Resultados del Sector para la vigencia 2008, como prueba de la producción de reportes con base en los resultados del sistema. Se espera que las direcciones del MPS sigan generando la información necesaria para la elaboración de esos reportes. Adicionalmente, se desarrolló el tema de subsidio familiar y, se definieron los objetivos generales y específicos así como sus respectivos indicadores de seguimiento.

De manera paralela, se hizo una propuesta de ajuste al Plan Estratégico Sectorial 2006-2010 basada en los objetivos de política generales y específicos planteados en el sistema de seguimiento y evaluación, en los proyectos de inversión y en el conocimiento de las acciones realizadas por las direcciones del MPS y las entidades del sector. La propuesta de Plan Estratégico, la cual se considera una base para la formulación del Plan Estratégico Sectorial 2010-2014, consolida y articula los niveles de política, proyectos y gestión y, por lo tanto, plantea indicadores de seguimiento de política, de proyectos y de actividades consistentes con los del Sistema de Seguimiento y Evaluación del sector de la Protección Social.

A nivel de proyectos, se continuó el trabajo con los responsables en la definición de las metas y los indicadores de seguimiento a la gestión y a los productos para la vigencia 2010, así como el correspondiente avance de los indicadores en las vigencias 2009 y 2010. De la misma forma, se continuó apoyando su incorporación en el Sistema de Proyectos de Inversión del DNP (SPI) y en el Sistema Único de Inversión y Finanzas Públicas (SUIFP).

De la misma forma, se avanzó en la consolidación de los logros del Ministro de la Protección en los 8 años de gestión de la actual administración. Es de destacar que se hizo un esfuerzo importante por consolidar toda la información disponible para las diferentes áreas para el período 2002-2010 tanto en resultados como en ejecución presupuestal.

En el componente de evaluación, y en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación se definió la Agenda del Evaluación del Sector de la Protección Social para el período 2009 – 2011 y se inició su ejecución con las evaluaciones de los proyectos de Capacitación del Recurso Humano del Sector Salud - Becas Crédito, Asistencia Técnica a Emprendimientos y Microunidades productivas de mujeres trabajadoras vulnerables en Colombia del MPS, y el programa FONEDE de las Cajas de Compensación Familiar. Adicionalmente, el equipo de la Dirección de Planeación está desarrollando evaluaciones en las diferentes áreas así: la medición de las brechas de prevalencias de enfermedad de diferentes grupos poblaciones; los avances de las actividades de Promoción y Prevención en Riesgos Profesionales, los resultados del Fondo de Solidaridad Pensional; los logros del programa de Atención Psicosocial a Población Desplazada y; finalmente los resultados de la implementación del programa de ILES,

En el componente de Rendición de Cuentas se continuó trabajando en los boletines de “Cómo va la Protección Social” en los temas de Riesgos Profesionales, Pensiones y Salud para el cierre de 2009, y en la presentación general del Sistema de Seguimiento y Evaluación. De la misma forma, se ha ido avanzando en la publicación de la estructura e indicadores del Sistema. Toda esta información estará disponible en la nueva página web del Ministerio de la Protección Social.

### **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA:**

En el periodo objeto de análisis se desarrollaron las fases 1 y 2 del “Proyecto de desarrollo y puesta en marcha del Sistema de Información de apoyo a las actividades de Inspección, Vigi-

lancia y Control (IVC), correspondientes al levantamiento, análisis y diseño del software, fases que buscan dotar a las actividades de Inspección Vigilancia y Control de una herramienta que permita la toma de decisiones de una manera oportuna y adecuada de acuerdo con la situación del País, diseño en el que se tiene contemplado la interacción del software de Registros Sanitarios con otras entidades del Estado Colombiano.

### **8.1.2. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión**

#### **Ministerio de la Protección Social**

En cumplimiento de las disposiciones del Gobierno Nacional para implementar la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2004 hoy NTCGP 1000:2009, el Ministerio adecuó sus procesos estratégicos, misionales, de apoyo y control para cumplir los requisitos de gestión en materia de eficiencia, eficacia y efectividad.

Se ejecutaron ciclos anuales de auditorías internas de calidad que generaron planes de mejoramiento, lo que permitió preparar a la Entidad para conocer el estado de avance en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Con la gestión adelantada por la Entidad durante los primeros meses del 2010, se logró un nivel de implementación del 100%, lo que permitió realizar a finales del mes de abril la auditoría de certificación al sistema de gestión de calidad del Ministerio de la Protección Social, bajo los requerimientos de la norma NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

Dicha auditoría tuvo cobertura en las oficinas ubicadas en Bogotá, Direcciones Territoriales (Magdalena, Atlántico, Cundinamarca, Valle, Risaralda, Antioquia, Meta, Santander y Norte de Santander) e Inspecciones (Chia, Palmira, Dosquebradas, Rionegro y Granada).

Una vez cumplidos los requisitos, los auditores externos procedieron a recomendar la certificación del sistema de gestión de la calidad del Ministerio de la Protección Social bajo los requerimientos normativos de NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008, bajo el siguiente alcance:

Formulación, coordinación y adopción de las políticas, planes, programas y proyectos del sector salud y trabajo e inspección, vigilancia y control del sector laboral en el Ministerio de la Protección Social”

#### **Sanatorio Agua de Dios ESE:**

El Sanatorio de Agua de Dios ESE, viene trabajando la implementación de un sistema de gestión integral, conformado por los sistemas de Desarrollo Administrativo, de Gestión de la Calidad y el de Control Interno, enmarcado hacia el desarrollo y fortalecimiento de la gestión institucional hecho que se evidencian en varios pilares, tal como:

- » Mejoramiento del sistema de información, se encuentra en la primera fase.
- » Fortalecimiento del proceso de Gestión de la Calidad hacia la acreditación y certificación.
- » Renovación y reposición de tecnología de los equipos biomédicos.
- » Infraestructura adecuada a las necesidades.
- » Proyecto del museo histórico de la lepra, de carácter público.
- » Proyecto de humanización “Desarrollo Humano y Calidad de Vida en los pacientes Hansen”, Entre otros.

Los avances más representativos se resumen en:

Mejoramiento del Ambiente de Control, a través de la socialización del Código de Ética a 100% de los funcionarios, en el medio de comunicación organizacional denominado “Boletín Pacientemente”.

Desarrollo de los planes de capacitación, bienestar social y salud ocupacional, cumpliendo con lo programado en un 83%, 97% y 100% respectivamente, algunas de ellas por entidades externas y otras con recurso humano institucional.

Sensibilización y capacitación al conjunto de servidores públicos de la institución, especialmente a quienes tienen relación directa con los usuarios, en los que se destaca: diplomado en Sistemas de Gestión de la Calidad a líderes y responsables de procesos, como apoyo a la implementación, mantenimiento y auditoría; actividades lúdicas para la sensibilización en los temas de MECI y CALIDAD. De manera complementaria se realizó el ajuste y reevaluación a los procedimientos que conforman los 8 procesos institucionales.

Actualización del PAMEC, en ámbito de acreditación, generando actividades para el fortalecimiento de los procesos asistenciales y la atención a los usuarios.

Se generaron políticas institucionales tales como la de seguridad del paciente, instando a los servidores públicos a que se muestren más conscientes y atentos al logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Se ejecutó un 86% del cronograma de actividades que fortalecen el componente del Sistema de información, relacionado específicamente con el archivo de gestión.

Se desarrolló audiencia pública.

Se logró el fenecimiento de la entidad para la vigencia 2008, por parte de la CGR.

### **Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE:**

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por Agenda de Conectividad en el Decreto 1151 de 2008, durante el segundo semestre de 2009, el Fondo Nacional de Estupefacientes implementó las fases de Información, Interacción y Transacción.

Se efectuó el rediseño del portal institucional, lo que permitió una mayor interacción de los usuarios, en tiempo real, con la Entidad e intercambio y verificación de información con las demás entidades gubernamentales del sector salud para mejorar los procesos de inspección, vigilancia y control, en aras de optimizar los sistemas de información de la Unidad y actualizar la plataforma e infraestructura tecnológica.

Es así como los usuarios a nivel nacional empezaron a realizar las solicitudes de cotización de los medicamentos monopolio del Estado a través de la página WEB dando respuesta vía correo electrónico, lo cual ha tenido buena acogida entre nuestros clientes.

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, de conformidad con las disposiciones establecidas en la Norma NTCGP 1000:2004 y el decreto 1599 de 2005 cumplió con la adopción e implementación del Sistema Integral de Gestión (MECI - CALIDAD) en los plazos establecidos por el Gobierno Nacional, es decir, a diciembre 08 de 2008.

El grado de avance en la implementación y mantenimiento del Sistema Integral de Gestión del Fondo de Pasivo Social se estableció de acuerdo a los avances registrados en los planes institucionales y los resultados de las auditorías internas practicadas por el Grupo Interno de trabajo de

Control Interno. Es conveniente aclarar que los resultados reportados guardan correspondencia con los resultados obtenidos por la entidad, en la encuesta de seguimiento MECI – CALIDAD, aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, la cual, fue diligenciada en el mes de enero de 2010.

De acuerdo a lo anterior, se establece que el grado de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es del 93.8%, con un nivel de calificación, “en cumplimiento”, con base en la metodología de interpretación del DAFP.

Así mismo, se concluye que el grado de avance en el mantenimiento del Sistema de Control Interno MECI es del 80.71% con un rango de calificación de “Incumplimiento medio”.

En cuanto al avance de los subsistemas del MECI, se observa el siguiente registro del porcentaje de implementación y su ubicación dentro de los rangos establecidos.

**Cuadro No. 117**  
**Subsistemas de MECI**

SUBSISTEMA	% IMPLEMENTACION	RANGO DE IMPLEMENTACION
Control Estratégico	66.26%	Incumplimiento Medio
Control de Gestión	87.88%	Incumplimiento Medio
Control de Evaluación	92.14%	Cumplimiento

*Fuente: FPS - Datos estadísticos Oficina Asesora de Planeación y Sistemas*

### **Instituto Nacional de Cancerología – INC:**

En la búsqueda de una gestión pública transparente el Instituto ha implementado filosofías de gestión con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios que ofrece, tomando como pilares el mejoramiento continuo y el autocontrol de la gestión; de esta forma se ha implementado el Sistema Integrado de Gestión denominado en el Instituto “Sistema de Desempeño Institucional”, en el cual se han fusionado los principios y requisitos de la Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2008, la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para el Sector Salud, y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), todo esto en búsqueda de la excelencia en la gestión Institucional.

Como resultado de la integración de estas filosofías se ha desarrollado la herramienta SIAPINC II (Sistema Integrado de Apoyo a Procesos del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.) en un ambiente web, el cual integra la Planeación Estratégica, el enfoque por procesos, la medición del Sistema de Gestión por Indicadores, y la auditoría interna y gestión del riesgo con el fin de ofrecer un medio de comunicación adecuado para el fortalecimiento del Sistema de Desempeño Institucional.

### **Fondo Previsión Social del Congreso – Fonprecon:**

La Contraloría General de la República feneció la cuenta fiscal de FONPRECON por la vigencia 2008, hecho que evidencia el cumplimiento cabal de las actividades referidas a la gestión misional, contractual, presupuestal, a la razonabilidad de los estados financieros, a la evaluación del sistema de control interno y al cumplimiento de los compromisos consignados en el plan de mejoramiento que FONPRECON suscribió con ese ente de control.

Certificación de Calidad que el Instituto Colombiano de Normas Técnicas – ICONTEC emitió a nombre de FONPRECON, luego de haber superado las condiciones relativas a la Preauditoría

y a la Auditoría de Calidad, que dicha entidad practicó entre octubre y diciembre de 2009. La certificación de Calidad es el resultado de más de dos años de preparación de FONPRECON en cada uno de los requisitos contenidos en las normas NTCGP 1000:2004 e ISO 9001:2008.

Como resultado de estas Auditorías, el ente certificador expidió oficio de fecha 30 de diciembre de 2009, con el cual señala "... concepto favorable por parte del equipo auditor..." sobre la certificación de calidad de FONPRECON.

Avance favorable en la medición del Índice de Transparencia Nacional que realiza la Corporación Transparencia por Colombia.

De otra parte, se destaca en el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, la consolidación de procesos internos, cuyos resultados se enuncian a continuación:

Las reservas pensionales de invalidez, vejez y sobrevivencia crecieron 23.5% entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de marzo de 2010, al pasar de \$ 227.343 millones a \$ 280.962 millones. Al 13 de abril de 2010, estas reservas alcanzaron los \$ 285.037 millones.

La recuperación de cartera ascendió a \$ 47.614,9 millones en 2009, representada en \$ 9.976 millones de bonos pensionales y \$37.638,9 millones de cuotas partes. Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2010, esta recuperación fue de \$ 1.459 millones de bonos y \$ 6.590 millones de cuotas partes pensionales, lo cual totaliza un monto general de \$ 55.664 millones en el período que se informa.

La defensa judicial registra un volumen de 735 procesos en curso, de los cuales 450 (61.2%) corresponden a aquellos interpuestos por la misma Entidad, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 797 de 2003 que ordena la verificación de los requisitos y la legalidad de los documentos que soportaron el reconocimiento de pensiones.

La construcción de la historia laboral de los afiliados en pensión a FONPRECON, base de datos que no existía en la Entidad, registra la depuración y cargue de la información correspondiente a los años 1999 – 2010. La historia laboral debe ser el instrumento fundamental para definir el reconocimiento de las pensiones.

La calificación que realiza el Ministerio de las TIC y el Ministerio de la Protección Social, sobre el avance de la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea a Diciembre de 2009, ubica a FONPRECON con el 100% en las fases de Información, Interacción y Democracia; las fases de Transacción y Transformación se encuentran en 92% y 28% respectivamente, con lo cual se alcanza un consolidado del 76%. El consolidado del sector de la Protección Social llegó al 65%, es decir, FONPRECON está 9 puntos porcentuales por encima de la media del sector, mostrando un avance y compromiso con el tema que lo han puesto en los primeros lugares, en un lapso de dos años.

Comprometida con un eficaz, eficiente y oportuno servicio, la Entidad desarrolló y puso en marcha 4 servicios en línea dirigidos a los usuarios del Fondo, relacionados con la entrega de certificados de pensión, de ingresos y retenciones, de semanas cotizadas y desprendibles de pago; con lo anterior, los usuarios pueden acceder, mediante el uso del internet, desde cualquier lugar del país o fuera de él, en cualquier hora a estas certificaciones que son de permanente demanda por parte de ellos. En el primer bimestre de 2010, FONPRECON puso en marcha del servicio de mensajes de texto a teléfonos celulares, para acercar a los usuarios a una comunicación efectiva e inmediata.

## **Instituto Nacional de Salud – INS:**

En lo que respecta al Sistema de Gestión de Calidad (SGC) se tiene un avance del 78%, se vienen realizando acciones, tales como Adopción del Manual de Calidad, socialización del SIG, capacitación en auditorías integrales, entre otras, con el fin de lograr la certificación

### **8.1.3 Sistemas de atención al ciudadano**

#### **Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta:**

Para garantizar el servicio, la entidad cuenta con la asociación de usuarios y esta se conforma con la vinculación voluntaria de personas que utilizan los servicios del Centro, a su vez un miembro de la asociación hace parte de la Junta Directiva en representación de la comunidad.

Un representante de dicha agrupación, asiste con voz y voto al Comité SIAU, donde se evalúa una vez al mes el servicio mediante las manifestaciones (PQR) que registran los usuarios.

Mediante el programa ESCRITO EN LA PIEL, que emite el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta los domingos a las 11 a.m., en el canal uno, ha logrando una mayor afluencia de pacientes y personas interesadas en el cuidado de su piel. Así mismo, ha contribuido al fortalecimiento de la imagen institucional consolidándolo como un ente científico responsable, confiable y comprometido con la salud cutánea de los colombianos.

Las investigaciones que se realizan al interior de la entidad también han sido puestas en conocimiento del público a través de Escrito en La Piel. El programa ha facilitado la divulgación de estudios realizados en enfermedades como Leishmaniasis y Hansen y otros avances científicos, en los cuales la entidad es pionera, logrando un gran impacto social.

#### **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA:**

En el último año, el Instituto ejecutó un proyecto tendiente a dotar a la entidad de un sitio Web renovado, que permita el contacto permanente y acceso de la información al ciudadano con la posibilidad de interactuar con de los diferentes trámites y servicios que se ofrecen a través del sitio Web.

En cuanto a la Estrategia de Gobierno en Línea, el INVIMA obtuvo un puntaje de 100/100 en las fases de Información, Interacción y Transacción, ocupando el segundo lugar entre 17 Entidades del Sector de la Protección Social. La gestión del INVIMA en conectividad y optimización de trámites, aportó al reconocimiento de la ONU a Colombia: primer lugar en Latinoamérica en el ranking de Gobierno Electrónico.

Con el fin de reconocer la percepción del ciudadano y los usuarios vigilados sobre las acciones del INVIMA, se aplicó una encuesta por parte de la firma IPSOS - NAPOLEON FRANCO entre el 24 de Noviembre y el 17 de Diciembre de 2009, a 401 ciudadanos y 201 vigilados. Los resultados indican que la satisfacción del usuario es alta (74%). Para la población en general, prima las recomendaciones en materia de vigilancia y control sobre los productos objeto de la acción por parte del Instituto; para las empresas vigiladas, son las medidas que se deben tomar para mejorar las actividades asociadas con la cadena productiva.

#### **Instituto de Seguros Sociales:**

Administrador Flujo de Expedientes (AFE): Se conformó un equipo multidisciplinario para trabajar en el robustecimiento del software Administrador Flujo de Expedientes (AFE), según

compromiso adquirido con la Superintendencia Financiera. Este equipo ha auditado estados, acciones y usuarios de las Seccionales Cundinamarca y Caldas, en las cuales realizó una actualización del inventario de expedientes.

Programa Liquidador. Durante el año 2009 se efectuaron pruebas y ajustes al nuevo programa liquidador automático y se implementó el módulo de Vejez en los 8 centros de decisión del país. Actualmente se están realizando las pruebas del programa de generación y numeración masiva de resoluciones de invalidez, y se está adelantando la fase de parametrización del nuevo liquidador para afiliado fallecido y pensionado fallecido.

### Proyecto OPTICA

El proyecto OPTICA se desarrolla en el ISS para optimizar la cadena de trámites “Solicitud de Pensión de Vejez ante el Instituto de Seguros Sociales”, con el apoyo del programa Agenda de Conectividad del Ministerio de Comunicaciones y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Este plan se dividió en dos componentes:

Componente 1: Programa Pre-pensionados – Sistema de información. Su análisis se inició en el año 2009 y su desarrollo e implementación se hará en el 2010.

Componente 2: Solicitud de pensión por vejez. Tiene como objeto facilitar la interacción con entidades externas que producen insumos para la decisión. Las actividades de análisis, desarrollo e implementación de este componente se tienen previstas para el año 2010, y ya se tiene definida la realización de algunos desarrollos informáticos.

### Instituto Nacional de Salud – INS:

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2009 y el 1 de enero y el 31 de marzo de 2010, se realizaron 508 solicitudes entre consultas, quejas, reclamos, de las cuales más del 50% pertenecen a consultas. Del total de quinientas ocho (508) solicitudes el 100% de las solicitudes se encuentran en estado cerrado.

### Superintendencia del Subsidio Familiar:

Publicación de cartilla con las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca del sistema del subsidio familiar, la cual fue divulgada a través de los diferentes eventos, así mismo se distribuyeron 10.000 ejemplares.

En septiembre de 2009 se realizó el Primer Encuentro Nacional de Atención al Cliente en las Cajas de Compensación Familiar.

Para la vigencia 2009 no se presentó ninguna tutela que tuviera su origen en incumplimiento de los términos de ley en la respuesta a las peticiones.

## 8.2. Asistencia técnica y Participación y Control Social

### Asistencia técnica para la descentralización

Se han realizado capacitaciones en descentralización, finanzas, planeación y participación social a 7 departamentos<sup>15</sup>. La población objetivo en promedio fue de 800 personas correspondientes a funcionarios de las Gobernaciones, Alcaldías, Secretarías de Salud, Asesores en Salud, Interventores del Régimen Subsidiado, Empresas Sociales del Estado y Representantes de la Comunidad.

15. Casanare, Norte de Santander, Huila, Boyacá, Choco, Risaralda, Valle.

Se hizo la formulación y difusión de la metodología de evaluación de la capacidad de gestión de los municipios certificados; revisadas las evaluaciones definitivas de los municipios en 22 departamentos<sup>16</sup>, se hizo requerimiento a los municipios que presentaron deficiencias en los informes.

De manera coordinada, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social a través de las Direcciones de: Gestión de la Demanda, Calidad de los Servicios y Salud Pública, desarrollaron actividades de monitoreo y seguimiento a los recursos del Sistema General de Participaciones y se expedieron las resoluciones Nos. 0991 de 2009, 1021 de 2009 y 2369 de 2009, con el fin de avanzar en el tema del seguimiento a los recursos a través de las cuentas maestras.

El Departamento Nacional de Planeación y las direcciones técnicas del Ministerio de la Protección Social, trabajaron conjuntamente para la expedición del Decreto 4973 de 2009 “por el cual se establece los requisitos y procedimientos para la certificación de la asunción de la prestación de los servicios”.

Se ajustó al Formato Único Territorial, y se brindó capacitación para su manejo y la implementación del seguimiento del presupuesto a través de este instrumento.

### Participación y Control Social

Se participó en el taller de definición de problemas para la formulación de un Conpes de rendición de cuentas convocado por el Departamento Nacional de Planeación y la Red Nacional de Control Social<sup>17</sup> y se propuso la participación del sector en el Conpes que desarrolla la política nacional de fortalecimiento de los organismos comunales.

En coordinación con las entidades que participan en el Plan Nacional de Formación para el Control Social se preparó el módulo 7 de la serie documentos de consulta, “Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social”, componente del curso de autoformación virtual desarrollado por la Universidad Nacional.

Junto con la Red Institucional de Apoyo a las Veedurías Ciudadanas se participó en el evento de formadores para el control social a la gestión pública organizado por la Red Nacional durante los días 25, 26 y 27 de agosto de 2009 en Bogotá.

En coordinación con la Red Departamental de Control Social del Huila se capacitó a los veedores en salud del municipio de Neiva en el tema de los derechos y deberes en el régimen subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social, como integrante de la Red Institucional de Apoyo a las Veedurías Ciudadanas y en desarrollo del Plan Nacional de Capacitación, durante la última semana del mes de abril del año en curso participó en el tercer encuentro de formadores en control social cuyo objetivo es activar, consolidar e incentivar el trabajo de la red departamental, evaluar los planes de acción y fortalecer el conocimiento para vigorizar la capacidad de los multiplicadores de control social en el orden departamental.

En desarrollo del plan de asistencia técnica del Ministerio, en lo relacionado con el fortalecimiento a la participación social, se continuó con el proceso de promoción de la participación de manera efectiva en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en 6 departamentos<sup>18</sup> y en el municipio de Maicao.

16. Atlántico, Sucre, Tolima, Cundinamarca, Choco, Antioquia, Norte de Santander, Nariño, César, la Guajira, Caldas, Córdoba, Quindío, Valle, Santander, Cauca, Risaralda, Huila, Boyacá, Magdalena, Bolívar y Meta.

17. Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio del Interior y de Justicia, la Contraloría, la Procuraduría, la Defensoría, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, la Escuela Superior de Administración Pública y la Federación Nacional de Municipios

18. Tolima, Huila, César, Guajira, Norte de Santander, Casanare

En cumplimiento de los artículos 32 y 33 de la Ley 489 de 1998, durante el año 2010, se realizó la propuesta de ajuste a la norma que regula la participación ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en desarrollo de lo cual en conjunto con la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano del Distrito Capital se realiza la discusión de un anteproyecto de decreto modificatorio del Decreto 1757 de 1994, por medio del cual se establecen los mecanismos y estrategias de participación ciudadana, comunitaria y social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma en concertación con los departamentos se presentará la propuesta modificatoria.

Durante este periodo se crearon los Comités de Participación del Sector Productivo, con el fin de lograr una interacción como órganos de participación y socialización entre el INVIMA y el sector productivo en la implementación, ejecución de las políticas y regulación sanitaria establecida por el Gobierno Nacional. Los Comités representan a los productos que a la fechas son objeto de vigilancia por parte del Instituto.

### 8.3 Investigación, ciencia y tecnología en el sector

#### Instituto Nacional de Dermatología Federico Lleras Acosta:

El Centro Dermatológico cuenta con el campo de práctica para el Postgrado en Dermatología suscrito con la universidad CES, allí también rotan los residentes de dermatología de la Universidad Nacional y UMNG; los residentes en otras especialidades médicas de la Universidad Nacional, Pontificia Universidad Javeriana y Fundación Universitaria Ciencias de la Salud; estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario y estudiantes de bacteriología de la Pontificia Universidad Javeriana y Colegio Mayor de Cundinamarca.

Dentro de los proyectos que se desarrollaron durante el período de julio-abril de 2010, se destaca el Fellow de dermatopatología con el CES, y el Campo de práctica para Postgrado en Dermatología UNISANITAS, radicado en Octubre/09 al Ministerio de Educación Nacional.

El portafolio de investigación del Centro está estructurado específicamente en dos líneas así:

**Cuadro No. 118**  
**Portafolio de Investigación**

Línea Dermatología Tropical
Clasificación D por el Sistema de Ciencia y Tecnología de COLCIENCIAS:
Enfermedad de Hansen
Leishmaniasis
Micosis
Línea Dermatología General
Clasificación C por el Sistema de Ciencia y Tecnología de COLCIENCIAS
Cáncer de Piel
Fotobiología
Fármaco-epidemiología
Acné

Fuente: Instituto Nacional de Dermatología Federico Lleras Acosta

#### Instituto Nacional de Cancerología – INC:

Como resultado de los estudios de investigación adelantados por el Instituto es de destacar la publicación de la primera patente institucional, esta patente se obtuvo para el “Método de

Cuantificación de Variantes de VPH 16”. Adicionalmente ha desarrollado la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Leucemia Linfocítica Aguda en menores de quince años; y la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento Adyuvante con Hormonoterapia en Cáncer de Mama. Como estrategia para la divulgación del conocimiento se han fortalecido las publicaciones en la Revista Colombiana de Cancerología, y en publicaciones indexadas y no indexadas.

### Políticas y Movilización

En desarrollo de los temas de políticas de movilización, dentro de la línea de investigación institucional “Actuar Político y Cáncer”, el Instituto como resultado de sus funciones de asesoría en salud pública para el Ministerio de la Protección Social, desarrollo la Ley 1335 para el control del tabaquismo, la cual centra sus esfuerzos en el control de la publicidad y promoción del tabaco, los espacios libres de humo, el empaquetado y etiquetado, la prohibición de venta al menudeo, prohibición de venta en máquinas expendedoras, y la educación y comunicación de los efectos del tabaco en la salud humana.

El INS logró una importante participación en evaluaciones científico-técnicas como pares científicos y en la formación de investigadores, registrando un crecimiento promedio del 21%. En el siguiente cuadro se puede apreciar la distribución porcentual por áreas de investigación de los proyectos que se encuentran actualmente en ejecución por parte del INS, el área del conocimiento de la mayoría de los proyectos es en temas de salud pública y en menor porcentaje en biomedicina.

**Cuadro No. 119**  
**Distribución Porcentual por Área de Investigación**  
**julio 2009 a marzo de 2010**

AREA DE INVESTIGACION	% PROYECTOS
Salud Pública	71%
Biomédica/ Salud pública	19%
Biomédica	10%

*Fuente: Instituto Nacional de Salud*

La investigación científica en salud y biomedicina se realizó a partir de la formulación, evaluación por pares y ejecución de proyectos de investigación. Actualmente se están ejecutando 44 proyectos de investigación interdisciplinarios y en cooperación con entidades nacionales (29/44) e internacionales (7/44) y ocho proyectos de investigación en los que solo participa el INS

### 8.4 Cooperación y Relaciones internacionales

La Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de la Protección Social desarrollo acciones encaminadas a buscar la participación del Ministerio en diferentes escenarios internacionales y lograr la participación de funcionarios del sector salud y laboral, en eventos relacionados con las actuaciones del Ministerio y de Entidades Adscritas y Vinculadas con el ánimo de fortalecer las capacidades de su recurso humano, lograr acercamientos en la realización de proyectos de cooperación técnica internacional y fortalecer su presencia en los diferentes organismos en que tiene asiento.

#### Programa Regional para la Cohesión Social en América Latina: EUROsocial

Durante la vigencia del 2009, la gestión de la Oficina logró que el Ministerio de la Protección Social y entidades del orden nacional, recibieran cooperación técnica en diferentes aspectos.

Se participó en el Seminario Internacional EUROSOCIAL realizado en Bogotá, sobre medidas regulatorias para garantizar el acceso equitativo y sostenible a los medicamentos esenciales, asistieron Argentina, Uruguay, Perú, Honduras, Guatemala, Panamá, Chile, Colombia, México y el ORAS.

### **Comunidad Andina de Naciones**

Colombia, representada por el Ministerio de la Protección Social lideró la parte logística y temática del evento “*V Conferencia Regional Andina sobre Empleo*” realizada en Cartagena de Indias, durante el 15 y 16 de febrero de 2010, y cuyo tema central fue: “Mercado Laboral Andino ante la Crisis Económica”, contando con la participación de delegaciones de los Ministerios de Trabajo de Bolivia, Ecuador, Perú y Brasil como país invitado.

### **Organismo Andino de Salud – ORAS**

Se consiguió asistencia técnica de un Experto internacional del ORAS, para los departamentos de Guajira y Cesar en el tema de Análisis de la Situación en Salud ASIS Andino para poblaciones en frontera.

2 Talleres de ASIS binacional, Ecuador - Venezuela, donde se capacitaron 85 personas en salud en la fronteras.

### **Organización Internacional del Trabajo – OIT.**

En cumplimiento del mandato constitucional la Oficina de Cooperación coordinó y presentó memorias de convenios. Igualmente conforme al artículo 19 de la citada Constitución, se coordinó y presentaron respuestas por denuncias por faltas de aplicación de convenios ratificados y respuestas a los casos de denuncias ante la OIT, por presuntas violaciones a la libertad sindical, así mismo, se contestaron cuestionarios y se dieron conceptos de Ley.

### **Fondo de Cooperación de la Red Interamericana para la Administración Laboral - RIAL**

Aprobación por parte de Brasil, de un proyecto sobre Dialogo Social y Libertad Sindical, con Visita in-situ de 4 funcionarios, quienes recibieron asistencia de la Red Interamericana de Administración Laboral - RIAL, en Brasilia, actividades que se desarrollaron en el Ministerio de Trabajo y Empleo de Brasil.

### **Plan Puebla Panamá - Sistema Mesoamericano de Salud Publica**

Nombramiento de representante de Colombia en la mesa de salud del Plan Puebla Panamá, y la participación en la reunión efectuada en ciudad de México.

### **Convenio Iberoamericano de Seguridad Social**

Participación de Colombia en reunión realizada en Chile, existe la voluntad de ratificar el convenio.

## **Relaciones Bilaterales:**

### **Convenios Suscritos Ministerio de la Protección Social**

Se suscribió un Memorándum de Entendimiento para construir la sede asistencial y ampliar, adecuar y dotar de un pabellón de urgencias y un quirófano a la Empresa Social del Estado Hos-

pital Ismael Roldan Valencia de Quibdó – Chocó. El Gobierno de Corea aportó US\$2 millones. Convenio Interinstitucional de Cooperación entre la Administración Estatal de Medicina Tradicional de la República Popular de China y el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Busca el Intercambio experiencias en el tema de Medicina Tradicional entre la República de China y Colombia.

Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido-NICE Colombia. Para evaluar las tecnologías sanitarias, economía en salud, construcción de una Guía de Práctica Médica entre otros.

Suscripción de Memorando de Entendimiento del Ministerio de la Protección Social, la Agencia de Cooperación Internacional de Corea KOICA y la Agencia Presidencial para la Acción Social. Para el mejoramiento integral de la prestación de servicios de salud de municipios de Quibdo en el Departamento del Chocó.

Negociaciones convenio de Seguridad Social Brasil Colombia. Para negociar un Convenio en Materia de Seguridad Social en Pensiones, con el cual se busca beneficiar a los trabajadores de ambos países que laboran o han trabajado en los dos territorios.

Suscripción del Convenio de Cooperación en Salud entre el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la República de la India y el Ministerio de la Protección Social de Colombia.

## **Donaciones**

### **Donación equipos médicos Gobierno de Japón.**

Cinco proyectos de cooperación financiera no reembolsable, en los cuales el Gobierno de Japón aportó US\$625 millones, siendo beneficiarios el Hospital Regional II Nivel de Sincelejo, Hospital San Francisco de Ibagué, Hospital San Jorge de Pereira, Hospital San Juan de Dios de Girón, Hospital San Vicente de Paúl de Medellín.

### **Operación Bendición Internacional.**

Donación de medicamentos a Acción Social - CDA (Organización que Ayuda a Comunidades en Extrema Pobreza), operador en Colombia de OBI (Operación Bendición Internacional), cuya misión es fortalecer los programas de salud en todo el territorio. OBI aportó US\$2 millones Hospitales fronterizos.

### **Gobierno de Canadá**

Donación de US\$400 millones Canadienses dirigidos a las labores de las Direcciones Territoriales.

### **Mesa de Cooperación Internacional para el sector de la Protección Social**

Reuniones con Naciones Unidas, para la construcción de líneas de trabajo y proyectos internacionales en: Red Juntos-ODM, proyecto 1ra. Infancia, nutrición y seguridad alimentaria, mortalidad materna.

### **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA:**

Durante el año 2009 se realizó el Convenio marco inter-administrativo de cooperación cele-

brado entre el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que tiene por objeto crear y desarrollar un sistema articulado de coordinación, cooperación y colaboración interinstitucional entre las Entidades, para optimizar procesos administrativos y técnicos, con el fin de facilitar la expedición de los Registros Sanitarios, los conceptos de Condiciones Sanitarias y Permisos Sanitarios de comercialización y demás trámites que correspondan para los productos elaborados tanto por el SENA, a través de sus centros de formación, como para los pequeños empresarios y los microempresarios, en el territorio nacional, de igual forma brindar asesoría, capacitación y asistencia técnica a los entes territoriales en estos temas.

A partir de noviembre del 2009, Colombia tiene la representación de la Secretaria Ejecutiva de la Red Andina de Institutos Nacionales de Salud Pública (RAIS) por un periodo de dos años.

**Convenios de Seguridad Social.**

Estos convenios permiten reconocer a los trabajadores colombianos y los trabajadores con quien se suscriban los acuerdos, los tiempos cotizados en sus respectivos países. También cubre a trabajadores que estén o hayan estado cotizando a Sistemas de Seguridad Social, así como a sus familiares beneficiarios, sobrevivientes o a quienes se les traspasen los derechos. El estado de los convenios suscritos hasta la fecha se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 120**  
**Países y Tipo de Convenio de Seguridad Social Suscrito**

País	Estado de los Convenios
España	Durante la vigencia 2008, entró en vigor el Convenio suscrito con el Reino de España, el cual permitirá reconocer a los trabajadores colombianos y españoles los tiempos cotizados. A diciembre de 2008 se recibieron 271 solicitudes de España y 1 de Colombia, para un total de 272. Para el año 2009 se recibieron 473 solicitudes de España y 6 solicitudes de Colombia, para un total de 479 y a marzo de 2010 se han recibido 136 solicitudes de España y 2 de Colombia para un total de 138 solicitudes, es decir, que durante el periodo 2008 a 2010 se han recibido un total 889 solicitudes que fueron trasladadas a las instituciones competentes.
Argentina	El Acuerdo Administrativo fue suscrito en Buenos Aires el 14 de abril de 2008. Se encuentra en negociación y estudio el diseño de formularios para su aplicación.
Uruguay	Los días 2 y 3 de septiembre de 2008, tuvo lugar la ronda negociadora del proyecto de reglamento. Se encuentra en negociación y estudio el diseño de formularios para su aplicación.
Chile	En reunión celebrada el 6 de marzo de 2009 en la ciudad de Santiago de Chile, nuestro país estuvo conforme con los términos del Acuerdo Administrativo para la Aplicación del Convenio. El 18 de mayo de 2009 se firmó en Colombia el Acuerdo Administrativo para la aplicación del referido Convenio. Se encuentra en negociación y estudio el diseño de formularios para su aplicación.
Iberoamericano	Los días 5 y 6 de marzo de 2009 en Santiago de Chile, se aprobó el texto del Proyecto de Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social. Actualmente se está realizando la revisión de la exposición de motivos junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Cancillería.
Brasil	Durante los días 28 y 29 de abril de 2009, se recibió visita de una comisión de Brasil con la que se iniciaron negociaciones frente a una posible suscripción de Convenio de Seguridad Social.

Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

## 8.5 Comunicaciones

### Estrategias de comunicación

Desde el 1 de mayo se pusieron en funcionamiento las líneas de información 018000 111758 nacional y 5879030 en Bogotá, para atender las inquietudes de la población con relación al virus de la influenza AH1N1.

La Oficina Asesora de Comunicaciones asumió la gerencia de este proyecto e hizo los contactos para conseguir las personas que atendieron las líneas del Call Center, programó al personal para que la atención fuera de 24 horas y diseñó el libreto guía de atención.

Para esta actividad se contó con la colaboración de la Secretaría Distrital de Salud quien puso a disposición funcionarios del Centro Regulador de Urgencias. Desde el 1 de mayo hasta el 20 de septiembre de 2009 se atendieron en total 45.358 consultas, la mayoría de ellas sobre sintomatología. Mensualmente las llamadas atendidas fueron:

Mayo: 23.784

Junio: 7.353

Julio: 4.910

Agosto: 4.897

Septiembre: 4.414

### Boletines de prensa

La Oficina Asesora de Comunicaciones ha emitido desde el 1 de julio de 2009 al 30 de abril de 2010, 87 boletines de prensa.

Adicionalmente, se diseñó el **“Boletín de Avances Laborales”** con el fin de promocionar la defensa de los DD.HH en Colombia y difundir las cifras sobre la disminución de asesinatos con base en las políticas diseñadas desde del gobierno nacional sobre la materia.

### Coordinación interinstitucional y campaña masiva de AH1N1

Simultáneamente se comenzó la coordinación de las actividades con otras entidades del sector y con los organismos internacionales para lograr una mayor divulgación y apoyo de las acciones adelantadas por el Ministerio.

Se coordinó con televisión y radio y los departamentos de mercadeo social el apoyo para la emisión inicial de los mensajes de prevención.

Al seleccionar la agencia se comenzó el trabajo de diseño de piezas con mensajes preventivos acerca del nuevo virus de influenza dirigido a la comunidad. Después de su producción comenzó la emisión por los medios masivos, la distribución de afiches, folletos y cartillas a las Direcciones Territoriales de Salud y definición de temas para el programa institucional.

### Rendición de Cuentas

La Audiencia Pública pertenece al Sistema Integrado de Gestión que se visibiliza con la expedición de la Resolución No. 3167 del 28 de agosto de 2009 en donde se unifican los Sistemas de Desarrollo Administrativo, Control Interno y Gestión de Calidad a través de la creación del Sistema Integrado de Gestión, el cual aplica a todas las instancias, dependencias y procesos del Ministerio del Ministerio de la Protección Social.

Radio: Se creó un cuñero con 7 referencias (cuñas) diferentes para anunciar los Logros y Retos

y la Rendición, durante los noticieros emitidos los días 13 y 14 de agosto de 2009.

Prensa: Se redactó y diseñó un aviso para ser publicado en diferentes periódicos nacionales y regionales, en el cual se incluyó información sobre los logros y los Retos del Ministerio de la Protección Social. Estos avisos fueron publicados el día 15 de agosto en EL Tiempo y el domingo 16 de agosto en los periódicos El Colombiano (Medellín), El País (Cali), El Mundo (Medellín) y el Universal (Cartagena). Anexo 2

Televisión: Se redactaron banners que fueron rodados en la emisión de los noticieros de las siete de la noche, los días 13 y 14 de agosto de 2009.

### **Programa Institucional Noticias MPS**

La Oficina Asesora de Comunicaciones gestionó la apertura de un espacio en televisión que salió al aire a finales de 2008 y que hasta el 30 de abril de 2010 sumó 117 emisiones por el canal institucional, los sábados de 9:30 PM a 10:00 PM, con repetición por el mismo canal los domingos de 9:30 am a 10:00 am.

El concepto del programa permite difundir a nivel nacional, toda la información de interés público en materia de salud, laboral y de seguridad social que genera el Ministerio de la Protección Social a través de políticas, programas, circulares y decretos entre otros.



---

# CUATRIENIO

## 2006 - 2010

---

# 1. ASEGURAMIENTO

## 1.1. Salud

### 1.1.1 Régimen Subsidiado de Salud

#### Evolución de la afiliación:

Durante los últimos cuatro años se registró un incremento en la afiliación al Régimen Subsidiado del 26,7% al aumentar el número de cupos contratados de 18.438.013, al cierre de 2005, a 23.373.913, a marzo 31 de 2010<sup>19</sup>. Como se observa en la gráfica No. 1, el mayor incremento registrado durante el período de reporte se dio en 2008, año en el cual el número de cupos del Régimen Subsidiado aumentó en casi 2 millones, impulsado por la ampliación de cobertura adelantada con los Recursos Excedentes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA al corte 31 de diciembre de 2007. En línea con esta evolución creciente de la afiliación, la cobertura del Régimen Subsidiado para la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN pasó del 72,9%, a inicios de 2006, a niveles superiores al 90% a partir de diciembre de 2008.

**Gráfica No. 1**  
**Afiliación al Régimen Subsidiado de Salud**  
**(Cupos y cobertura, datos a diciembre)**



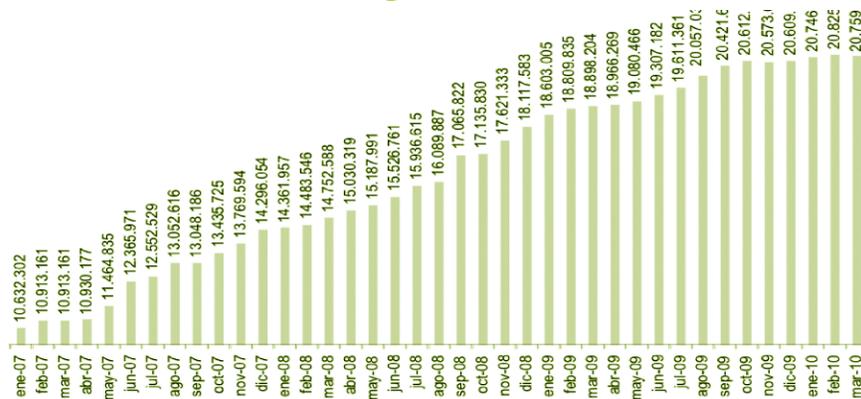
Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

19. Se precisa que en aplicación del Acuerdo 408/09 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS se implementó, a partir del segundo semestre de 2009, un mecanismo de reasignación nacional de cupos financiados no carnetizados, adelantado en función de la validación frente a la BDUA. Dicho proceso se realizó en coordinación con las entidades territoriales e incluyó la transformación de los subsidios parciales a plenos en el caso de personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN. En este contexto, el número total de cupos financiados del Régimen Subsidiado a marzo 31 de 2010 (23.373.913) fue inferior al cierre de 2009 (23.928.628).

Por su parte, la afiliación medida como el número de personas validadas y cargadas en la base de datos única de afiliados – BDUA prácticamente se duplicó entre enero de 2007<sup>20</sup> y marzo de 2010, al pasar de 10.632.302 personas a 20.759.783.

## Gráfica No. 2 Afiliación al Régimen Subsidiado de Salud – Según Validación y Cargue BDUA

### Afiliados al Régimen Subsidiado en Salud según la Validación y cargue de la BDUA



Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

Se precisa que en la parte final del cuatrienio se reportaron importantes avances en términos de unificación de los planes de beneficios del aseguramiento. En efecto, entre octubre de 2009 y el 01 de abril de 2010 se capitalizó la unificación del Plan de Beneficios del subsidiado al POS Contributivo para alrededor del 43% de los afiliados al Régimen Subsidiado, mediante Acuerdos 004 de 2009 y 011 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, se logró la unificación de los planes de beneficios de los alrededor de 9.6 millones de niños menores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado. Adicionalmente, en los primeros meses de 2010, entraron en operación dos experiencias piloto de unificación de planes de beneficios para la totalidad de afiliados y potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en los distritos de Barranquilla y Cartagena, estimándose en 1 millón los beneficiarios de dichos pilotos (554 mil personas en Barranquilla y 446 mil personas en Cartagena).

### Financiación del Régimen Subsidiado<sup>21</sup>

Como se observa en el siguiente cuadro, la financiación del Régimen Subsidiado, tuvo una gran variación al pasar de \$3.1 billones en 2005 (abril 2005 – marzo 2006), a \$6.35 billones en 2009 (abril/09 – marzo/10).

20. El registro de la BDUA reporta información histórica a partir de enero de 2007.

21. La financiación del Régimen Subsidiado se mide según el monto comprometido en la celebración de contratos de aseguramiento. Los años corresponden a las vigencias contractuales del Régimen Subsidiado, las cuales incluyen los 12 meses comprendidos entre abril y marzo del año siguiente. Es decir, el último año reportado (vigencia contractual 2009) corresponde a los 12 meses comprendidos en abril de 2009 y marzo de 2010.

**Cuadro No. 1**  
**Financiación del Régimen Subsidiado**

	2005		2006		2007		2008		2009	
	(\$ millones)	% en total								
SGP	1.685.966	54,4%	1.870.414	47,7%	2.274.856	48,3%	2.684.020	48,0%	3.155.635	49,7%
Fosyga	1.051.310	33,9%	1.423.914	36,3%	1.676.242	35,6%	2.242.837	40,1%	2.399.943	37,8%
CCF	48.879	1,6%	54.168	1,4%	54.744	1,2%	62.142	1,1%	68.268	1,1%
Esfuerzo Propio Territorial	311.374	10,1%	571.923	14,6%	706.323	15,0%	607.075	10,8%	725.414	11,4%
Total	3.097.528		3.920.419		4.712.165		5.596.075		6.349.260	

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

### 1.1.2 Régimen Contributivo de Salud

Dentro de las metas de reactivación social y económica, el Gobierno Nacional, como herramienta de equidad para el cuatrienio 2006-2010, determinó ampliar la cobertura en el Régimen Contributivo de Salud, estableciendo como meta 1.500.000 nuevos afiliados.

Contribuye al cumplimiento de la meta propuesta, la expedición de las autorizaciones otorgadas tanto a asociaciones, agremiaciones como a comunidades religiosas, para afiliar colectivamente al Sistema de Seguridad Social Integral a trabajadores independientes, en el marco de los Decretos 3615 de 2005 y 2313 de 2006.

También permite el cumplimiento de la meta, la consolidación de la implementación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) que pretende controlar la evasión y la elusión y facilitar el pago de los aportes al Sistema.

A 31 diciembre de 2009, se da por cumplida la meta al registrarse un aumento total de afiliados de 1.710.104, equivalente a 114%, de acuerdo con el parámetro utilizado en el SIGOB, que corresponde a los afiliados presentados a compensar.

El comportamiento anual presenta aumento de los afiliados en el período observado de 740.787 (4.53%) de 2006 a 2007, de 669.066 (3,91%) de 2007 a 2008 y de 300.251 (1.69%) del 2008 al 2009.

**Cuadro No. 2**  
**Afiliados al Régimen Contributivo por Departamento**  
**2006 - Diciembre de 2009**

Departamento	Diciembre de 2006	Diciembre de 2007	Diciembre de 2008	Diciembre de 2009	Diferencia a Diciembre de 2009 desde diciembre 2006
Amazonas	8.734	9.235	10.091	10.681	1.947
Antioquia	2.738.208	2.869.650	2.933.304	2.957.763	219.555
Arauca	24.387	26.810	31.455	30.702	6.315

Atlántico	904.370	956.740	990.443	992.001	87.631
Bogotá D. C.	4.366.107	4.606.452	4.822.526	4.872.402	506.295
Bolívar	471.142	500.575	542.105	555.465	84.323
Boyacá	330.709	342.395	363.014	365.657	34.948
Caldas	345.361	358.132	366.084	366.205	20.844
Caquetá	61.610	61.164	63.802	64.713	3.103
Casanare	74.361	77.709	86.619	97.837	23.476
Cauca	214.067	226.251	237.480	242.326	28.259
Cesar	223.232	235.657	252.321	266.373	43.141
Chocó	29.506	33.437	37.254	39.669	10.163
Córdoba	260.993	270.907	284.439	288.701	27.708
Cundinamarca	804.545	850.446	836.059	887.753	83.208
Guainía	2.309	2.513	2.780	3.264	955
Guaviare	9.087	9.637	10.036	10.799	1.712
Huila	234.978	244.178	256.319	263.580	28.602
La Guajira	107.569	118.056	133.193	136.526	28.957
Magdalena	285.247	308.660	326.177	334.043	48.796
Meta	288.659	288.625	303.329	323.646	34.987
Nariño	217.343	220.696	229.234	233.460	16.117
Nte. Santander	344.272	353.411	389.578	401.754	57.482
Putumayo	30.823	31.403	34.406	35.917	5.094
Quindío	188.996	196.728	204.224	207.189	18.193
Risaralda	416.714	429.705	434.748	439.654	22.940
San Andrés	24.721	26.063	28.115	28.437	3.716
Santander	798.715	821.400	875.278	901.866	103.151
Sucre	128.468	133.461	139.427	144.535	16.067
Tolima	356.408	375.618	399.142	407.382	50.974
Valle	2.055.073	2.095.489	2.133.552	2.145.952	90.879
Vaupés	1.917	1.636	1.796	2.387	470
Vichada	4.120	10.699	4.274	4.216	96
Prom. Gral.	16.352.751	17.093.538	17.762.604	18.062.855	1.710.104

Fuente: Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación – Consorcio Fisalud FOSYGA. Estos son afiliados presentados a compensación. Meta SIGOB.

## 1.2. Pensiones

### 1.2.1 Afiliación

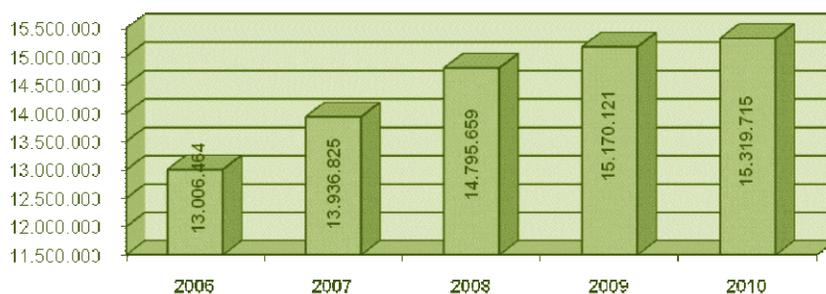
Teniendo como año base el 2006, durante los últimos cuatro años se registró un incremento en la afiliación al Sistema General de Pensiones equivalente al 17.79%, con corte a 31 de diciembre de 2006, el número de afiliados pasó de 13.006.464 a 15.319.715, el 31 de marzo de 2010, tal y como se observa a continuación.

**Cuadro No. 3**  
**Variación en el Cuatrienio de los afiliados a Regímenes Pensionales**  
**2006 - 2010**

Distribución Anual		AFILIADOS		
		Ahorro Individual	Prima Media	Total
2006	No.	7,010,287	5,996,177	13,006,464
	%			
2007	No.	7,814,535	6,122,290	13,936,825
	%	11.47%	2.10%	7.15%
2008	No.	8,568,274	6,227,385	14,795,659
	%	22.22%	3.86%	13.76%
2009	No.	8,741,656	6,428,465	15,170,121
	%	24.70%	7.21%	16.64%
2010	No.	8,847,776	6,471,939	15,319,715
	%	26.21%	7.93%	17.79%

Fuente: Superintendencia Financiera

**Gráfico No. 3**  
**Variación en el Cuatrienio de los afiliados a Regímenes Pensionales**  
**2006 - 2010**



Fuente: Superintendencia Financiera

Las afiliaciones al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad, a marzo de 2010, reflejaron un incremento del 26,21%, en relación con Diciembre de 2006, que en valores absolutos fue de 1.837.449 afiliados y, al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, reflejaron un incremento de 7,93%, en relación con Diciembre de 2006, que en valores absolutos fue de 475.762 afiliados.

### Cuadro No. 4 Distribución Afiliados a los Regímenes de Pensiones 2006 - 2010

Distribución Anual		AFILIADOS		
		Ahorro Individual	Prima Media	Total
2006	No.	7,010,287	5,996,177	13,006,464
	%	53.90%	46.10%	
2007	No.	7,814,535	6,122,290	13,936,825
	%	56.07%	43.93%	
2008	No.	8,568,274	6,227,385	14,795,659
	%	57.91%	42.09%	
2009	No.	8,741,656	6,428,465	15,170,121
	%	57.62%	42.38%	
2010	No.	8,847,776	6,471,939	15,319,715
	%	57.75%	42.25%	

Fuente: Superintendencia Financiera

### Gráfico No. 4 Distribución afiliados a Regímenes Pensionales 2006 - 2010



Fuente: Superintendencia Financiera

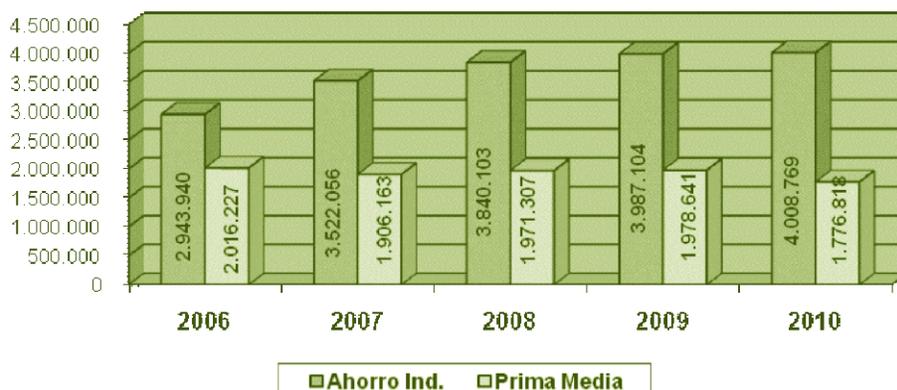
Del total de estos afiliados, se encontraban cotizando al Sistema en el año 2006 4'960.167 personas las cuales se incrementaron en 825.420 equivalentes al 16.64%, alcanzando a 31 de marzo de 2010 un total de 5'785.587 personas cotizando, tal y como se observa a continuación:

### Cuadro No. 5 Distribución Cotizantes a los Regímenes de Pensiones 2006 - 2010

Distribución Anual		AFILIADOS		
		Ahorro Individual	Prima Media	Total
2006	No.	2,943,940	2,016,227	4,960,167
	%	59.35%	40.65%	
2007	No.	3,522,056	1,906,163	5,428,219
	%	64.88%	35.12%	
2008	No.	3,840,103	1,971,307	5,811,410
	%	66.08%	33.92%	
2009	No.	3,987,104	1,978,641	5,965,745
	%	66.83%	33.17%	
2010	No.	4,008,769	1,776,818	5,785,587
	%	69.29%	30.71%	

Fuente: Superintendencia Financiera

**Gráfico No. 5**  
**Distribución Cotizantes a Regímenes Pensionales**  
**2006 - 2010**



Fuente: Superintendencia Financiera

En el Régimen de Ahorro Individual, los afiliados cotizantes, presentaron un aumento de 1.064.829 personas, correspondiente a 36.17%, al pasar de 2.943.940, el 31 de diciembre de 2006, a 4.008.769, en marzo de 2010 y, en el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida se presentó una disminución de 239.409 cotizantes, correspondiente al 11.87%, al pasar de 2.016.227 a 1.776.818 cotizantes, en el mismo periodo.

Los principales indicadores de afiliación al Sistema General de Pensiones se registran en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 6**  
**Indicadores de afiliación al Sistema General de Pensiones**  
**2006 - 2010**

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010
Población Económicamente Activa - PEA	18.883.982	19.377.916	19.783.325	21.534.579	21.259.187
Población en Edad de Trabajar - PET	32.743.769	33.305.322	33.867.441	34.423.488	34.559.039
Cobertura Afiliados / PEA	26.27%	28.01%	29.40%	27.70%	28.06%
Cobertura Afiliados / PET	15.15%	16.30%	17.20%	17.30%	17.26%
Cotizantes al Régimen de Prima Media	33.63%	31.13%	31.66%	30.78%	27.45%
Cotizantes al Régimen de Ahorro Individual	41.99%	45.07%	44.82%	45.61%	45.31%

Fuente: Cálculos MPS, datos Superintendencia Financiera y DANE

### 1.2.2 Pensionados

Durante los últimos cuatro años se registró un incremento del 13.75%, en el número de pensionados, al pasar de 1'283.309, en diciembre de 2006, a 1'459.768, con corte a marzo 31 de 2010, tal y como se observa a continuación.

**Cuadro No. 7**  
**Distribución de pensionados en las diferentes**  
**entidades del Sistema**  
**2006 - 2010**

Régimen de Prima Media con Prestación Definida					
Entidad Pagadora	Dic. 2006	Dic. 2007	Dic. 2008	Dic. 2009	Mar. 2010
ISS Asegurador	691.015	746.772	806.156	860.094	872.175
Entidades Asumidas por el Fondo de Pensiones Publicas del Nivel Nacional – FOPEP	236.626	244.695	255.193	257.123	256.465
Cajanal	211.170	219.195	227.739	229.870	229.444
CVC	774	765	760	742	738
Superfinanciera	6	6	5	6	6
Supersociedades	261	261	264	262	263
Superindustria y Comercio	7	6	6	6	5
Foncolpuertos	15.006	14.889	14.680	14.406	14.215
Caja Agraria	9.358	9.436	9.474	9.570	9.540
Carbocol	35	36	37	41	41
Incora en Liquidación	0		2.127	2.119	2.112
Minercol en Liquidación	0	91	91	91	91
Caminos Vecinales	9	10	10	10	10
Entidades Cuyo Administrador Es Caprecom	22.147	22.639	22.828	22.893	22.812
Otros Sectores	120.451	33.915	91.950	34.232	34.287
Caxdac	687	689	689	691	691
Pensiones de Antioquia	2.127	2.251	2.394	2.507	2.549
Minminas- Inst. Asuntos Nucleares y Energías Alternativas	33	33	34	33	33
Alcalis	1.858	1.868	1.984	1.984	1.984
Vecol	129	129	129	128	128
Gecelca S. A. ESP		169	173	173	174
Electrificadora de Santander S. A.	843	842	840	854	854
Centrales Eléctricas de Nariño S. A.-Cedenar	482	503	506	535	541
Universidad Nacional de Colombia	4.568	4.704	4.778	4.945	4.969
Universidad del Cauca	471	490	490	523	523
Banco de la Republica	4.004	4.416	4.456	4.557	4.572
Fondo Ferrocarriles Nacionales	15.614	15.483	15.254	15.051	14.999
Fonprecon	2.008	2.072	2.115	2.157	2.176
Ministerio de la Protección Social – Prosocial	75	75	74	76	76
ICBF - (Atlántico)	4	4	4	4	4
Dpto. Administrativo de la Función Pública	11	11	11	14	14
Otras Entidades	87.537	176	58.019	-	0
Subtotal Regimen De Prima Media	1.070.239	1.048.021	1.176.127	1.174.342	1.185.739
Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad					

Régimen de Prima Media con Prestación Definida					
Entidad Pagadora	Dic. 2006	Dic. 2007	Dic. 2008	Dic. 2009	Mar. 2010
Protección	6.077	7.069	8.250	9.817	10.285
Porvenir	4.816	5.963	7.072	8.523	8.942
Horizonte	4.578	5.320	6.119	7.362	7.470
Colfondos	3.146	3.676	4.328	4.939	5.173
Santander	3.070	3.527	4.145	4.817	5.038
Skandia	27	460	561	706	729
Skandia Alternativo	2	17	25	31	35
Subtotal Régimen De Ahorro Individual	21.716	26.032	30.500	36.195	37.672
Régimen Excepcionado					
Ecopetrol	12.076	12.076	12.076	12.577	12.586
Magisterio	82.769	84.427	84.427	110.880	114.992
Caja Retiro De Fuerzas Militares	32.056	33.038	33.038	35.000	35.000
Caja De Sueldos De Retiro De Policia Nacional - Casur	64.453	64.453	64.453	73.779	73.779
Subtotal Regimenes Excepcionados	191.354	193.994	193.994	232.236	236.357
<b>Total Regimenes Del Sistema</b>	<b>1.283.309</b>	<b>1.268.047</b>	<b>1.400.621</b>	<b>1.442.773</b>	<b>1.459.768</b>

Fuente: Superintendencia Financiera y reporte de entidades al Ministerio de la Protección Social

El siguiente cuadro presenta el resumen por régimen:

### Cuadro No. 8 Distribución de pensionados por régimen 2006 - 2010

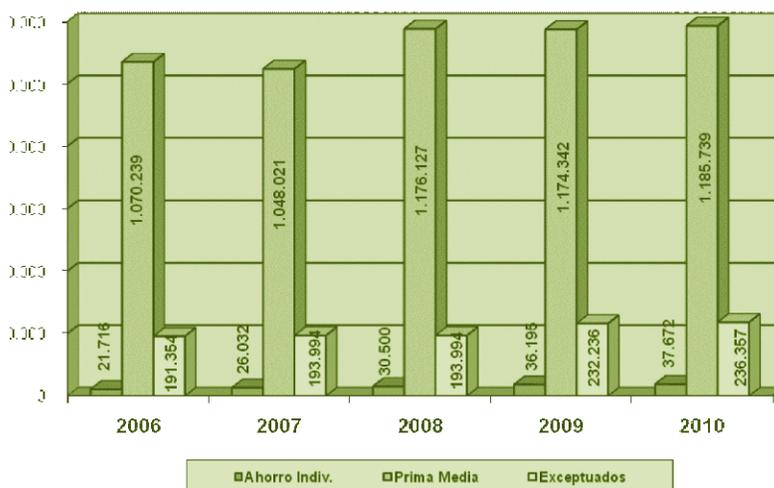
Distribución Anual		AFILIADOS			
		Ahorro Individual	Prima Media	Excepcionado	Total
2006	No.	21,716	1,070,239	191,354	1,283,309
	%	1.69%	83.40%	14.91%	
2007	No.	26,032	1,048,021	193,994	1,268,047
	%	2.05%	82.65%	15.30%	
2008	No.	30,500	1,176,127	193,994	1,400,621
	%	2.18%	83.97%	13.85%	
2009	No.	36,195	1,174,342	232,236	1,442,773
	%	2.51%	81.39%	16.10%	
2010	No.	37,672	1,185,739	236,357	1,459,768
	%	2.58%	81.23%	16.19%	

Fuente: Superintendencia Financiera y reporte de entidades al Ministerio de la Protección Social

En cuanto a los pensionados del régimen de prima media, que es la mayor participación en el número total de pensionados, presentaron un aumento de 115.500 personas, equivalente al 10,79%, con relación a 31 de diciembre de 2006; el Régimen de Ahorro Individual presentó un aumento de 15.956 personas, que corresponde al 73,48% y; el régimen exceptuado, aumentó en 176.459 personas equivalente al 13,75%.

El principal pagador de pensiones es el ISS asegurador, con 860.094 pensionados, a diciembre de 2009, lo que representa el 73,24% del total de pensionados del Régimen de Prima Media. A 31 de marzo de 2010, aumentó el número de pensionados, con relación a diciembre de 2006, al pasar de 691.015 a 872.175 pensionados, lo que representa un aumento de 26,2%, que equivale a 181.160 personas; en segundo lugar se encuentra el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional FOPEP, que paga las pensiones de los exservidores públicos de entidades del orden nacional que han sido liquidadas y sustituidas, se pagó por dicho Fondo a 229.444 pensionados, a marzo de 2010, lo que representa un aumento del 8,65%, con relación a diciembre de 2006, donde tenía 211.170 pensionados.

**Gráfico No. 6**  
**Distribución de pensionados por régimen**  
**2006 - 2010**



*Fuente: Superintendencia Financiera y reporte de entidades al Ministerio de la Protección Social*

### Procesos de Normalización Pensional

A través de este trámite los empleadores disponen de diferentes mecanismos para cumplir con las obligaciones pensionales causadas, ya sea por sustitución al realizar la conmutación con las administradoras de pensiones, por la conformación de patrimonios autónomos, por asunción de un tercero o por un pago único, en caso que los recursos no sean suficientes en entidades en liquidación, según sea el caso particular.

Durante los últimos cuatro años, las empresas que presentaron solicitud ante el Ministerio de la Protección Social, normalizaron sus pasivos pensionales, así:

**Cuadro No. 9**  
**Relación Normalización Pensional por Tipo**  
**2006 - 2010**

Vigencia	Mecanismo de Normalización Pensional					
	Conmutación	Constitución Patrimonio Autónomo	Asunción por tercero	Pago Único	Otros (*)	Total
2006	14	3	1	4		22
2007	13	7	1	4		25
2008	14		6	2	1	23
2009	12	3	8	2		25
2010	5		2			7
TOTAL	58	13	18	12	1	102

Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

(\*) Federación Nacional de Cafeteros – Fondo Nacional del Café por sentencia de la Corte Constitucional SU -1023 de 2001 asumiéron temporalmente pasivo pensional de la Flota Mercante Gran Colombiana.

### 1.2.3 Instituciones del Sector Administradoras de Pensiones

#### Gestión Pasivo Social Puertos de Colombia

Para el cuatrienio, en el proceso de Orden Secuencial de Pagos, para el trámite de reclamaciones se han depurado 9.508 turnos de 11.563 y 54.908 de 69.818. Como resultado se han dictado 3.829 autos que suspenden actuación administrativa, toda vez, que los títulos reclamados son objeto de investigación penal; 4.590 rechazan reclamaciones por no cumplir los requisitos de forma establecidos en los artículos sexto y octavo del Decreto No. 1211 de 1999; 2.849 resoluciones negando reconocimiento, por cuanto las sentencias condenatorias de primera instancia fueron revocadas por fallos de segunda, proferidos por Salas Laborales de los Tribunales Superiores del Distrito Judicial y/o por decisiones de la Fiscalía y/o Juzgados que declararon la ilegalidad de actas y la suspensión de efectos jurídicos y económicos.

Se han revisado y reliquidado 5.351 pensiones en cumplimiento de decisiones proferidas por la Fiscalía General de la Nación y Juzgados Penales del Circuito de Descongestión de Bogotá, representando un ahorro mensual en nómina de pensionados de \$3.248 millones.

En aplicación de fallos judiciales dictados por Tribunales Superiores del país, en grado jurisdiccional de Consulta, se han revisado 2.127 pensiones, lo cual ha representado un ahorro mensual en nómina de \$313 millones, con valores pagados de más por \$94.786 millones, con el fin de que se inicien las acciones correspondientes, tendientes a su recuperación.

Se efectuó la liquidación integral de 307 pensiones, simultáneamente se tramitaron aproximadamente 3.400 liquidaciones de pensiones por sustituciones, acrecimientos, mesadas atrasadas, desmonte reajustes ilegales, falsedad en documentos, cumplimiento de tutelas, y liquidación salario base emisión bonos pensionales.

Se adelantó el estudio de 865 actas de conciliación y resoluciones que reconocieron y ordenaron pagos por prestaciones laborales a exservidores de Puertos de Colombia y sus apoderados, con el fin de establecer posibles irregularidades, y a partir de éstas, informar a la Fiscalía General de

la Nación, para soportar las decisiones que suspenden los efectos jurídicos y económicos de los actos administrativos irregulares suscritos durante la existencia de FONCOLPUERTOS.

Se respondieron cerca de 2.600 requerimientos sobre pagos de sentencias de primera instancia, comportamientos de mesada pensional y pagos efectuados por FONCOLPUERTOS; de igual manera, se atendieron 4.600 peticiones, formulados por organismos de control, administración de justicia, pensionados y/o apoderados, y áreas del Grupo, relacionados con pagos efectuados a exservidores, pensionados y/o sus apoderados.

Se resolvieron negativamente 15.858 reclamaciones con igual número de respuestas individuales, las cuales tienen un valor aproximado de \$750.876 millones. Así mismo, se tramitaron aproximadamente 8.300 Acciones de Tutela, -con un promedio de 200 mensuales-, resueltas de fondo, y oportunamente.

En cuanto a pensiones se atendieron los siguientes temas así:

**Cuadro No. 10**  
**Relación pensiones atendidas según tema**  
**2006 – 2010**

TEMA	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Pensión Sobrevivientes	241	307	285	402	84	1.319
Traspaso Provisional	72	138	75	110	36	431
Acrecimientos	140	87	91	110	23	451
Recursos Y Revocatorias	63	82	123	225	58	524
Revisión Integral	-	4	48	35	1	88
Pensión Jubilación	15	16	32	54	3	120
Descuentos Salud	-	1	23	58	13	95
Código de Control	5	11	9	5	1	31
<b>TOTAL</b>						<b>3.059</b>

*Fuente: Grupo Interno de Trabajo, Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia*

Lo referente a aportes del 12% en salud efectuado por ex empleados públicos pensionados, se sintetiza así:

**Cuadro No. 11**  
**Relación aportes a salud**  
**2006 – 2010**  
(En millones de pesos)

AÑO	VALOR
2006	\$533.7
2007	\$557.8
2008	\$606.1
2009	\$893.7
2010	\$261.3
<b>TOTAL</b>	<b>\$2.852.6</b>

*Fuente: Grupo Interno de Trabajo, Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia*

En el siguiente cuadro se resumen los descuentos y compensaciones por nómina, de conformidad con los actos administrativos que así lo ordenaron:

## Cuadro No. 12

### Relación Descuentos y Compensaciones Ordenados

**2006 – 2010**

(En millones de pesos)

item	VALOR
Reintegro Sentencias Revocadas (descuentos y compensaciones) -Resol. aplicadas-	\$8.673.3
Reintegro Sentencias Revocadas (compensaciones) -Resol. no aplicadas-	\$3.267.5
Ajuste a tope máximo -Resol. aplicadas- (descuentos y compensaciones)	\$137.4
Ajuste a tope máximo -Resol. no aplicadas- (compensaciones)	\$159.6
Dineros aplicados de más -Resol. aplicadas- (descuentos y compensaciones)	\$1.390.0
Dineros aplicados de más -Resol. No aplicadas- (incluye revisiones integrales)	\$680.9
<b>TOTAL DINERO RECUPERADO</b>	<b>\$14.308.7</b>

*Fuente: Grupo Interno de Trabajo, Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia*

Se continuó con el mejoramiento del Sistema Integrado de Información del Grupo, creando los siguientes submódulos:

## Cuadro No. 13

### Relación Mejoras Sistema de Información

**2007 – 2010**

AÑO	MÓDULO	SUBMODULO	OBJETIVO	BENEFICIOS
2006	Nómina	Postnómina-FOPEP	Cargue información postnómina enviada FOPEP	Análisis pagos realizados FOPEP
2006	Correspondencia	Administración por usuario	Consulta y administración documentos asignados usuario	Control documentos por usuario fueron asignados
2006	Correspondencia	Recibida a la mano	Registro documentos recibidos no tienen radicación	Control documentos recibidos
2007	Nómina	Actualización de información para FOPEP	Cargue y generación archivos intercambio información con FOPEP	Datos básicos personas actualizados u otra información
2007	Títulos	Títulos judiciales	Registro títulos judiciales emitidos despachos	Consulta mismos
2007	Control inventario documentos del área	Control inventario documentos del área	Registro inventario físico documentos en un Área	Control documentos bajo custodia Áreas
2007	Pasivo contingente	Pasivo contingente procesos laborales y administrativos	Generación cálculo pasivo tomando como base procesos Laborales y Administrativos	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2008	Procesos área judicial	Procesos Ejecutivos-Civiles	Registro procesos ejecutivos-civiles	Control y atención éstos
2008	Procesos área judicial	Acciones administrativas y/o judiciales	Registro acciones administrativas y/o judiciales recuperar dineros indebidamente pagados administración -registro datos básicos-	Control desarrollo acciones

AÑO	MÓDULO	SUBMÓDULO	OBJETIVO	BENEFICIOS
2009	Pasivo contingente	Orden Secuencial de Pagos	Análisis turnos determinar valores cálculo del pasivo	Generación del valor del pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente Área SNP	Pasivo contingente Área SNP	Análisis de títulos determinar valores cálculo del pasivo	Generación del valor del pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Extinción de dominio	Registro procesos extinción de dominio	Registro procesos adelanta fiscalía extinción de dominio	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Sustituciones	Solicitudes sustituciones generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Cuotas partes por pagar	Registro cuentas de Cuotas partes por pagar generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Indexación	Registro solicitudes indexación generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2009	Pasivo contingente	Nivelación	Registro solicitudes nivelación generar liquidación pasivo contingente	Generación valor pasivo para ser reportado al Ministerio
2010	Control de Insumos	Control de Insumos	Registro insumos existen grupo	Administrar y distribuir insumos existentes grupo

Fuente: Grupo Interno de Trabajo, Gestión del Pasivo Social Puertos de Colombia

Adicionalmente, se crearon nuevos reportes y consultas sobre la información contenida en el Sistema, para facilitar la toma de decisiones. En cuanto a la infraestructura informática se renovaron microcomputadores obsoletos con que contaba el Grupo y se implementaron medidas de seguridad sobre la información.

Por último, siguiendo instrucciones del Despacho del señor Ministro, se han venido tomando las medidas para que las responsabilidades del Grupo, sean asumidas por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social -UGPP-, por ello los Coordinadores de Área del Grupo están adelantando las gestiones pertinentes para el efecto, así como reuniones con dicha Unidad y COLPENSIONES en las que se determinarán los temas que corresponden asumir a cada uno y bajo qué parámetros y directrices.

### Caprecom

En el campo de las pensiones, Caprecom opera como una Entidad Administradora de Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes de su evolución en el período 2006-2010.

### Cuadro No. 14 Comparativo Afiliados al Fondo pensiones Caprecom 2006 – 2010

ENTIDAD	Dic. 2006	Dic. 2007	Dic. 2008	Dic. 2009	Abril 2010
Ministerio De Comunicaciones	108	103	94	89	67
Telecom	4.297	1.309	814	665	941
Adpostal	493	239	289	0	0
Caprecom	161	271	245	216	192
Inravisión	116	113	112	111	111
Comisión de Regulación	1	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>5.176</b>	<b>2.036</b>	<b>1.555</b>	<b>1.082</b>	<b>1.312</b>

Fuente: Subdirección Prestaciones Económicas - Caprecom

La variación presentada en el número de afiliados durante el periodo 2006 - 2009, obedece fundamentalmente a la liquidación de las entidades del sector de comunicaciones (Telecom, Telenolima, Telenariño, Inravisión, Audiovisuales), así como al cambio de condición de cotizante a pensionado, sin embargo, para el caso de Telecom en abril de 2010, se presenta un incremento el cual obedece a casos de reintegros ordenados por efecto de tutelas interpuestas al Patrimonio Autónomo de Remanentes PAR.

### Cuadro No. 15 Comparativo de Pensionados 2006 – 2010

Entidad	2006	2007	2008	2009	Abril 2010
Ministerio de Comunicaciones	834	913	888	863	754
Telecom	16.244	15.202	15.507	15.816	16.511
Adpostal	3.346	2.952	3.086	3.189	3537
Caprecom	588	541	568	574	600
Inravisión	1.031	1.008	1019	1.026	1.038
TeleNariño	55	53	55	52	72
TeleTolima	29	23	28	29	41
Audiovisuales	20	10	11	18	19
TeleCartagena		220	221	223	226
TeleCalarca		2	2	3	3
TeleSantamarta		26	26	28	28
TeleArmenia		31	33	33	33
TeleHuila		5	5	5	5
<b>Total</b>	<b>22.147</b>	<b>22.639</b>	<b>22.828</b>	<b>22.893</b>	<b>22.867</b>

Fuente: Subdirección Prestaciones Económicas - Caprecom

En el tema de pensiones, durante el cuatrienio 2006-2010, la Gestión estuvo enfocado a dar cumplimiento a la unificación del Régimen de Prima Media con Prestación Definida conforme a lo estableció la Ley 1151 de 2007, para lo cual, la entidad ha venido desarrollando una serie de acciones encaminadas al fortalecimiento de cada uno de los procesos, para que la entrega del negocio de pensiones tanto a Colpensiones como a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP, se lleve a cabo sin ningún traumatismo para los actuales afiliados y pensionados.

## Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia

### Pago de Pensiones y Prestaciones Económicas

De enero de 2006 hasta diciembre de 2009, se procesó un total de 80.420 novedades que afectaron la nómina de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, por los diferentes conceptos así:

**Cuadro No. 16**  
**Novedades Nómina**

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	TOTALES
Ingreso a Nómina	703	504	317	336	1.860
Retiro de Nómina	460	525	670	529	2.184
Efectuar un Traslado Punto de Pago	714	917	1.978	783	4.392
Aprobar y Aplicar Descuentos por Libranzas	10.448	20.692	19.193	19.160	69.493
Aplicar los Embargos en la Nómina	755	999	517	220	2.491
Total					80.420

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

El valor de promedio de la pensión de Ferrocarriles se encuentra dentro de los siguientes rangos para el mismo periodo evaluado:

**Cuadro No. 17**  
**Nómina del FPSFCN**

RANGO	No. de pensionados			
	2006	2007	2008	2009
Hasta 1 S.M	961	1.042	1.029	1.029
Entre 1 y 4 S. M	13.762	13.506	13.409	13.409
Entre 4 y 10 S. M	1.174	1.031	1.036	1.036
Mas de 10 S.M	1	1	1	1

Fuente: FPS - Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión de Prestaciones Económicas

Durante el periodo evaluado, el comportamiento de la nómina de pensionados de los Ferrocarriles Nacionales, se evidencia a continuación:

**Cuadro No. 18**  
**Valor Nómina del FPSFCN**  
(Millones de pesos)

	Valor de la Nómina de pensionados			
	2006	2007	2008	2009
Ferrocarriles Nacionales	211.762	220.567	229.168	244.780
Hospital San Juan de Dios	360.305	24.600	2.821	17.276
Prosocial	361	459	529	541

Fuente: FPS - Subdirección Financiera -Ejecución Presupuestal

El Fondo Pasivo Social fue delegado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público desde el año 2003, para administrar y pagar la nómina de pensionados de la Fundación San Juan de Dios, de acuerdo con los recursos que para este efecto gire el Ministerio, cuyo comportamiento se registra en el cuadro anterior. De igual forma, desde el año 2004 delegó, no solo la administración y pago de la nómina de pensionados de La Promotora de Vacaciones y Recreación Social – PROSOCIAL -, sino también la función de reconocer las pensiones de jubilación que se causen a cargo de ésta.

Mediante el Decreto 4986 de 2007, se asignó al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia la facultad de reconocer las pensiones que estaban a cargo del INCORA, para la cual se subrogó en la administración del contrato de Fiducia, que el INCORA en Liquidación celebró con la Fiduciaria la Previsora S. A., para administrar los recursos destinados a financiar los gastos de administración inherentes al reconocimiento, administración de la nómina, administración de archivos y demás actividades relacionadas con dicho proceso. Es así como entre enero de 2008 y diciembre de 2009, se ha recibido un promedio de 110 solicitudes, por conceptos tales como: Pensión de jubilación legales y convencionales, sustituciones pensionales, indexación de la primera mesada pensional, reliquidación por factores salariales, cumplimiento de sentencias, cuotas partes pensionales, bonos pensionales derechos de petición y tutelas entre otros.

Mediante el Decreto 2721 de 2008, se asignó al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia la facultad de reconocer las pensiones que estaban a cargo de la Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero, para la cual se subrogó en la administración del contrato de Fiducia que la Caja de Crédito Agrario en Liquidación celebró con la Fiduciaria la Previsora S. A., para administrar los recursos destinados a financiar los gastos de administración inherentes al reconocimiento, administración de la nómina, administración de archivos y demás actividades relacionadas con dicho proceso. Es así como desde el 1 de julio de 2009 a abril de 2010 se han recibido un promedio de 132 solicitudes por concepto de pensión de jubilación legales y convencionales, sustituciones pensionales, indexación de la primera mesada pensional, reliquidación por factores salariales, cumplimiento de sentencias, cuotas partes pensionales, bonos pensionales derechos de petición y tutelas entre otros conceptos, para un total de 1320, de las cuales se resolvieron 1.096 solicitudes y en trámite 224 solicitudes.

De igual forma, con el Decreto 2601 de 2009, el Gobierno Nacional le asignó al FPS como función transitoria, el reconocimiento de las pensiones que estaban a cargo de Álcalis de Colombia cuyo pago se hará a través de FOPEP.

### Reconocimiento de Prestaciones Económicas.

Durante el período de enero de 2006 a diciembre de 2009, se presentaron aproximadamente 13.014 solicitudes, dentro de los términos legales. Los promedios mensuales de las solicitudes se encuentran registradas como se observa en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 19**  
**Solicitudes Prestaciones Económicas FPS- FNC**

CONCEPTO	Promedio Mensual	Promedio Mensual	Promedio Mensual	Promedio Mensual
	2006	2007	2008	2009
Auxilio Funerario	39	39	45	42
Pensión de Sobrevivientes	42	39	41	46
Mesadas Pensionales a Herederos	120	18	23	14
Acogimiento Ley 44 de 1980	14	22	35	19
Reajuste Especial de Pens. Plena	17	7	24	2
Pago de Sentencias	4	5	32	3
Pensiones Legales o Convencionales	6	10	96	11
Expedición Certificado de Pensión	11	31	35	31
Emisión Bonos Pensionales	6	4	35	3
Cuotas Partes	4	5	35	8
Tutelas	2	32	30	5
<b>Total Mes</b>	<b>265</b>	<b>212</b>	<b>431</b>	<b>184</b>
<b>Total Año</b>	<b>3.180</b>	<b>2.544</b>	<b>5.172</b>	<b>2.208</b>

Fuente: FPS - Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión de Prestaciones Económicas

**Fondo de Previsión Social del Congreso – Fonprecon**

En el año 2006, Fonprecon pagó pensiones por un valor de \$179.679 millones a 2.008 pensionados, en tanto que para el 2009, este monto ascendió a \$220.542 millones, cancelados a 2.157 beneficiarios de esta prestación como se aprecia en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 20**  
**Pensionados y Pensiones Pagadas**  
**2006 - 2010 (Abril)**

AÑOS	PENSIONADOS	PENSIONES PAGADAS (en millones)
2006	2008	179.679
2007	2072	186.097
2008	2115	202.219
2009	2157	220.542
2010 (Abril)	2180	68.868

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

El número de afiliados en año 2006, era de 687 y sus cotizaciones ascendieron a \$700.0 millones, para abril de 2010 estas cifras se situaron en 730 afiliados y \$1.011,0 millones, por cotizaciones:

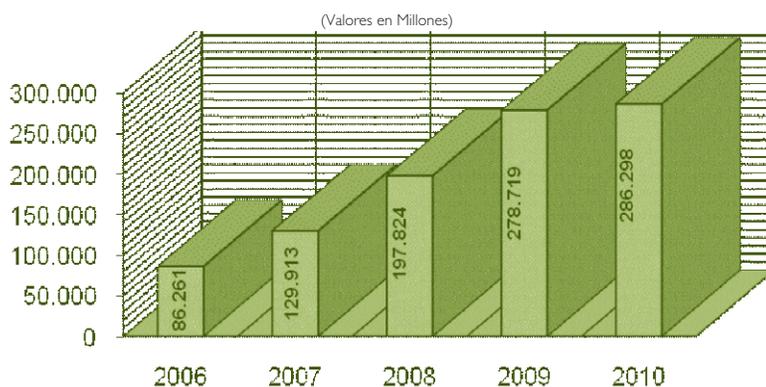
**Cuadro No. 21**  
**Afiliados y Monto Cotizaciones**  
**2006 - 2010 (Abril)**

AÑOS	AFILIADOS	COTIZACIONES (En millones)
2006	687	700,0
2007	719	806,0
2008	701	851,0
2009	713	981,0
2010	730	1011,0

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Las inversiones de la Entidad se realizan en títulos TES Clase B, para las reservas pensionales de Vejez, Invalidez y Supervivencia, las cuales han crecido en la forma como a continuación se indica.

**Gráfica No. 7**  
**Portafolio De Inversiones - Reservas Pensionales**  
**2006 - 2010 (Abril)**



Fuente: Grupo Interno de Tesorería

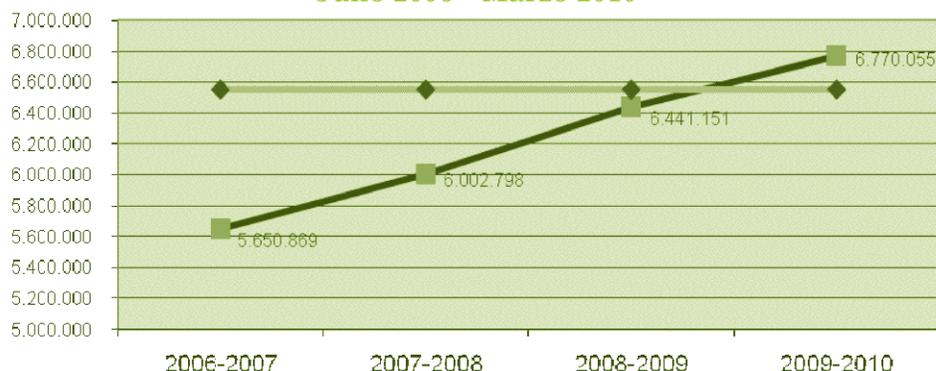
## 1.3 Riesgos profesionales

### 1.3.1 Trabajadores afiliados

En el periodo comprendido entre Julio de 2006 a Marzo de 2010, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales pasó de 5.338.733 a un total de 6.806.887, presentando un aumento de 1.468.154 afiliados.

La meta del cuatrienio 2006 - 2010, es aumentar en 900.000 nuevos afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, lo que representa un cumplimiento del 163.13%. El comportamiento de la afiliación se ilustra en la siguiente grafica.

**Grafica 8**  
**Promedio Anual de la Afiliación de Trabajadores al Sistema General**  
**de Riesgos Profesionales**  
**Julio 2006 – Marzo 2010**



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

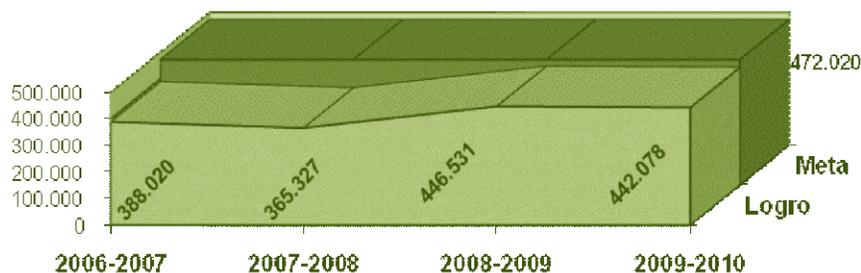
El comportamiento de cobertura para los trabajadores independientes, tuvo un aumento significativo entre el año 2006 y lo corrido del presente año con corte a marzo de 2010, pasando de 5.269 afiliados independientes a 156.347 respectivamente. El aumento corresponde a las continuas campañas de promoción de la afiliación y al seguimiento en el cumplimiento de la normatividad para este fin.

Se ha diseñado como política de aseguramiento de los riesgos del trabajo para la población económicamente activa, como acción prioritaria en el Sistema, la afiliación de los trabajadores independientes, para tal efecto hoy estos trabajadores tiene otra alternativa de acceso a los riesgos profesionales, como es a través de agremiaciones, proceso que ha sido gradual por sectores, sin que ello afecte el equilibrio y sostenibilidad financiera del Sistema.

### **1.3.2 Empresas afiliadas**

De acuerdo con la meta establecida para el cuatrienio 2006-2010 (84.000 nuevas empresas y un acumulado de 456.354 empresas), se observa que en lo corrido del cuatrienio vigente y con corte a marzo de 2010, ingresaron al Sistema 71.452 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del Sistema para sus afiliados lo que representan un cumplimiento a marzo 2010 del 85.06%. La participación de afiliación por empresas en las ARP privadas representa el 28.21% y la del Estado el 71,79%.

**Gráfica No. 9**  
**Promedio de Afiliación de empresas al Sistema General de Riesgos Profesionales**  
**2006 – 2010 (periodos Julio – Junio)**



Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales – Administradoras de Riesgos Profesionales

### 1.4. Cajas de Compensación Familiar

Se estima que los aportes que deben realizar las empresas a las Cajas de Compensación Familiar, superarán en 2010, los tres billones de pesos, Bogotá con 4 Cajas de Compensación Familiar, es la zona que más concentración presenta en los aportes con una participación del 39,1%, le sigue la región de Occidente con 12 CCF y una participación del 33,6%, el 27,3% restante está representado en las otras 5 regiones geográficas del país.

Con relación a las empresas afiliadas y al total de la población afiliada a las Cajas de Compensación, en el cuadro siguiente se aprecian las cifras correspondientes: Las empresas en el período diciembre 2006 y febrero 2010 se han incrementado en 110.079 lo que implica un crecimiento promedio anual de 10,55%, los afiliados se han incrementado en el mismo período en 1.081.149 en promedio cada año un 5,37% y la población total cubierta la cual incluye afiliados con sus personas a cargo y cónyuges obtuvieron un incremento en los 5 períodos analizados de 2.509.960 personas.

**Cuadro No. 22**  
**Población Cubierta por las Cajas de Compensación Familiar**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

	Empresas Afiliadas	Total Afiliados	Total Población Cubierta
Jul.-Dic. 2006	222.900	4.643.509	11.953.592
2007	277.736	5.340.818	13.380.908
2008	325.902	5.665.950	14.065.633
2009	331.342	5.781.793	14.583.337
Ene. - Feb. 2010	332.979	5.724.658	14.463.552
Variación Jul./06 - Feb. /10	110.079	1.081.149	2.509.960
Variac. Prom. Anual Jul./06 - Feb. /11	10,55	5,37	4,88

Fuente: Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

Los cuadros presentados a continuación muestran el comportamiento de los Servicios Sociales prestados por las CCF:

**Cuadro No. 23**  
**Recreación – Número de Usos**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	2.353.624	4.327.048	4.217.952	4.626.704	730.619
Occidente	12.385.186	22.945.953	24.029.326	23.915.421	4.452.241
Centro - Oriente	2.070.270	3.961.602	4.428.404	4.905.723	1.045.184
Orinoquía	271.701	660.433	635.896	538.044	121.383
Amazonía	167.840	262.463	290.282	221.876	46.567
Bogotá D. C.	8.356.242	18.415.927	15.747.303	16.453.199	3.981.883
Caja Campesina	289.543	724.592	869.704	699.528	15.662
<b>Total</b>	<b>25.894.406</b>	<b>51.298.018</b>	<b>50.218.867</b>	<b>51.360.495</b>	<b>10.393.539</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 24**  
**Servicio de Bibliotecas – Número de Usos**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	392.389	927.886	1.013.069	1.119.779	158.553
Occidente	14.202.339	31.496.006	27.114.409	24.429.776	6.338.089
Centro - Oriente	488.497	1.023.907	1.177.922	1.484.154	233.691
Orinoquía	35.824	55.771	80.448	109.301	26.901
Amazonía	-	562	9.526	41.316	8.914
Bogotá D. C.	2.225.382	3.128.365	4.382.162	3.631.695	1.072.860
Caja Campesina	159.470	366.122	486.516	537.427	65.866
<b>Total</b>	<b>17.503.901</b>	<b>36.998.619</b>	<b>34.264.052</b>	<b>31.353.448</b>	<b>7.904.874</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 25**  
**Educación Formal – Número de Estudiantes**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	13.348	10.979	10.489	10.854	11.738
Occidente	31.870	28.389	30.024	31.447	28.524
Centro - Oriente	7.456	8.254	8.697	9.744	9.654
Orinoquía	2.024	2.800	3.133	3.363	3.743
Amazonía	378	796	618	745	711
Bogotá D. C.	31.946	31.138	32.095	52.739	40.850
Caja Campesina	12	5	-	-	-
<b>Total</b>	<b>87.034</b>	<b>82.361</b>	<b>85.056</b>	<b>108.892</b>	<b>95.220</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 26**  
**Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano y**  
**Educación Informal – Número de Personas**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	26.112	93.193	111.766	92.070	18.409
Occidente	152.370	418.088	401.720	430.767	116.803
Centro - Oriente	91.080	128.734	144.806	142.102	15.938
Orinoquía	15.104	39.433	43.956	32.092	5.089
Amazonía	7.656	12.049	10.660	10.510	1.923
Bogotá D. C.	78.909	156.266	215.030	231.515	23.565
Caja Campesina	55.047	174.000	244.223	170.864	9.389
<b>Total</b>	<b>426.278</b>	<b>1.021.763</b>	<b>1.172.161</b>	<b>1.109.920</b>	<b>191.116</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 27**  
**Créditos Servicios Sociales – Número de Créditos**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	21.847	42.421	55.343	83.010	30.405
Occidente	237.919	445.447	320.996	246.289	56.509
Centro - Oriente	29.564	46.751	44.305	43.766	11.030
Orinoquía	1.010	19.358	20.435	20.997	5.039
Amazonía	282	1.302	1.380	985	213
Bogotá D. C.	67.570	110.899	127.462	102.861	27.925
Caja Campesina	286	660	941	777	36
<b>Total</b>	<b>358.478</b>	<b>666.838</b>	<b>570.862</b>	<b>498.685</b>	<b>131.157</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 28**  
**Fondo Vivienda de Interés Social – Número de Subsidios Asignados**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	21.847	42.421	55.343	83.010	30.405
Occidente	237.919	445.447	320.996	246.289	56.509
Centro - Oriente	29.564	46.751	44.305	43.766	11.030
Orinoquía	1.010	19.358	20.435	20.997	5.039
Amazonía	282	1.302	1.380	985	213
Bogotá D. C.	67.570	110.899	127.462	102.861	27.925
Caja Campesina	286	660	941	777	36
<b>Total</b>	<b>358.478</b>	<b>666.838</b>	<b>570.862</b>	<b>498.685</b>	<b>131.157</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Cuadro No. 29**  
**Fondo Vivienda de Interés Social – Valor de Subsidios Asignados**  
**2006 (Jul.) – 2010 (Feb.)**

Millones de Pesos

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
<b>Atlántica</b>	6.917	13.605	16.337	20.507	636
<b>Occidente</b>	39.441	81.805	88.552	100.762	17.243
<b>Centro - Oriente</b>	13.188	24.636	22.016	25.105	772
<b>Orinoquía</b>	1.151	2.558	3.346	4.123	1.077
<b>Amazonía</b>	430	535	459	1.069	-
<b>Bogotá D. C.</b>	119.259	216.403	287.496	315.200	67.533
<b>Caja Campesina</b>	4.163	4.802	6.195	8.381	872
<b>Total</b>	<b>184.549</b>	<b>344.344</b>	<b>424.401</b>	<b>475.147</b>	<b>88.133</b>

*Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.*

Las coberturas de los servicios sociales que ofrecen las Cajas de Compensación tienen un alto impacto en la mejora de la calidad de vida de los afiliados, fundamentalmente en los hogares de menores recursos. En el servicio de recreación, los usos tienden a ser constantes cada año. En el servicio de Educación formal, Educación Informal y Fondo de Subsidio de Vivienda las coberturas se incrementan anualmente, generando una respuesta positiva a los trabajadores afiliados y sus familias. Se observa una disminución en bibliotecas y microcréditos con respecto a años anteriores.

## 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### 2.1 Planes obligatorios de salud

#### Actualización y precisión de los Planes Obligatorios de Salud

Desde 2006 hasta abril de 2010, las actualizaciones del POS han seguido la orientación de la evidencia científica mediante guías de práctica clínica para los casos de VIH/SIDA, Enfermedad Renal Crónica, planificación familiar y prestaciones de segundo y tercer nivel de atención para Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial en el POS-S.

En este periodo algunas actualizaciones al POS siguieron mandatos judiciales, como en los casos de la interrupción voluntaria del embarazo y el medicamento Acido Zolendrónico.

Las actualizaciones al POS entre 2006 y 2010 se describen en detalle en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 30**  
**Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.**  
**Año 2006**

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica adoptadas mediante Resolución 3442 de 2006. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 de Agosto de 2006. CNSSS	Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/ Sida y ERC según Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica adoptadas mediante Resolución 3442 de 2006. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 2006. CNSSS
Atención para la interrupción voluntaria del embarazo según norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006..	Acuerdo 350/ Diciembre 2006. CNSSS	Atención para la interrupción voluntaria del embarazo según norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006.	Acuerdo 350 de Diciembre de 2006. CNSSS

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

**Cuadro No. 31**  
**Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.**  
**Año 2007**

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Esterilización masculina o vasectomía.	Acuerdo 356 mayo de 2007. CNSSS	Ya estaba incluido en el POS-C desde la expedición del MAPIPOS.	
Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonavir: 200+50 mg	Acuerdo 368 Septiembre de 2007. CNSSS	Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonavir: 200+50 mg	Acuerdo 368 Septiembre de 2007. CNSSS

*Fuente: Tabla tomada y actualizada de Ariza J. Giedion U. Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. “Hitos Centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS”. Documento de consultoría. Diciembre de 2007*

**Cuadro No. 32**  
**Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.**  
**Año 2008**

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Cinco Medicamentos anticonceptivos hormonales (tabletas de noretindrona 1 mg + etinilestradiol 35 µg, tabletas de levonorgestrel 0.03 mg, solución inyectable de medroxiprogesterona 25 mg + estradiol 5 mg, tableta de levonorgestrel 0.75 mg e implante subdérmico 75 mg) y condón masculino según norma técnica adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, que fue modificada por la Resolución 001963 de 2008.	Acuerdo 380 de febrero de 2008. CNSSS	Cinco Medicamentos anticonceptivos hormonales (tabletas de noretindrona 1 mg + etinilestradiol 35 µg, tabletas de levonorgestrel 0.03 mg, solución inyectable de medroxiprogesterona 25 mg + estradiol 5 mg, tableta de levonorgestrel 0.75 mg e implante subdérmico 75 mg) y condón masculino según norma técnica adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, que fue modificada por la Resolución 001963 de 2008.	Acuerdo 380 de febrero de 2008. CNSSS
Servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (segundo y tercer nivel de atención).	Acuerdo 395 de 2008. CNSSS		

*Fuente: Ministerio de la Protección Social.*

**Cuadro No. 33**  
**Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.**  
**Año 2009**

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Igualación y unificación de los beneficios cubiertos por el POS-S a los niños y las niñas menores de 12 años, respecto a los contenidos del POS-C. Desde ese momento los beneficios del Régimen Subsidiado para este grupo de edad, son los mismos a los establecidos en la normas para Régimen Contributivo. Esto se hace en cumplimiento a la Orden 21 de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.	Acuerdos 004 y 005 de Septiembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud -CRES-		
Se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos con base en la información de las EPS sobre uso de servicios y recomendaciones de asociaciones y sociedades científicas. Se precisan los contenidos a través de la adopción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- como la oficial para el POS.	Acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la CRES	Se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos con base en la información de las EPS sobre uso de servicios y recomendaciones de asociaciones y sociedades científicas. Se precisan los contenidos a través de la adopción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- como la oficial para el POS.	Acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la CRES

*Fuente: Ministerio de la Protección Social.*

**Cuadro No. 34**  
**Actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C.**  
**Año 2010**

POS-S		POS-C	
Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo	Actualización / Aclaración	Fecha del Acuerdo
Se unifican los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, entre los 12 y los 18 años y se hacen los ajustes necesarios a la UPC subsidiada. Esto se hace en cumplimiento al Auto 342 de la Corte Constitucional.	Acuerdo 011 de enero de 2010 de la CRES		

*Fuente: Ministerio de la Protección Social.*

En cumplimiento de la orden vigésimo primera de la Sentencia T-760 de 2008, sobre la unificación de los planes de beneficios de los niños y niñas, se finalizaron los estudios de impacto macroeconómico para su financiación y los requerimientos de orden legislativo. La unificación se dio inicialmente para los menores de 12 años afiliados al Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidio pleno y parcial, mediante los Acuerdos 004 y 005 de 2009 de la CRES, y posteriormente

para los menores de entre 13 y 18 años afiliados al Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidio pleno y parcial, mediante el Acuerdo 011 de la CRES. A partir de enero de 2010, los beneficios del POS del régimen subsidiado son iguales a los del régimen contributivo en esos grupos de edad.

### **Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

El Ministerio de la Protección Social determinó como estrategia de política, la asignación más eficiente de recursos para la salud mediante la selección de intervenciones para el POS basada en la literatura científica y en función de criterios como costo-efectividad y viabilidad financiera en el SGSSS<sup>22</sup>. El principal mecanismo técnico seleccionado para la asignación eficiente de recursos para los planes obligatorios de salud es el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI)<sup>23</sup> junto a la evaluación económica de las guías y el estudio del impacto financiero (actuarial) en la UPC de las tecnologías en salud recomendadas por las guías.

En agosto de 2008, a través de COLCIENCIAS se abrió una convocatoria para grupos de investigación nacionales para el desarrollo de una Guía Metodológica para la actualización y unificación progresiva del POS. Esta convocatoria fue ganada por el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud – CEIS de la Fundación Santa Fe de Bogotá. A la fecha el CEIS ha estado trabajando en la construcción de dicha guía, a través del contrato 378-2008 de COLCIENCIAS, contando con un proceso de participación en sus fases de validación y socialización nacional. Entre noviembre y marzo de 2010 se finalizó la ejecución y la edición técnica de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral -GAI- en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

### **Priorización de Condiciones de Salud**

Los días 3, 7 y 16 de abril de 2009 se realizó el taller de consenso al interior del Ministerio de la Protección Social, en el que participaron las Direcciones Técnicas que hacen parte del Viceministerio de Salud y Bienestar, para la definición de criterios que deben orientar el proceso de priorización de condiciones de salud y avanzar hacia un acuerdo legítimo alrededor del tema. Los criterios de priorización fueron aplicados a las patologías identificadas a través del Estudio de Carga de Enfermedad 2005 y a través de las patologías propuestas por las Direcciones del Viceministerio de Salud y Bienestar del Ministerio de la Protección Social y actores de importancia en el sistema.

Los criterios que tuvieron mayor ponderación y que por tanto, aportaron más para la selección del primer grupo de temas para la realización de GAI fueron la magnitud y la severidad de la enfermedad a través del Estudio Carga de Enfermedad 2005, la posibilidad de hacer prevención de riesgos mediante intervenciones individuales, el impacto económico de la condición médica en el sistema de salud y la factibilidad de la implementación de las recomendaciones, siendo determinante en este criterio que la condición de salud estuviera en concordancia con las prioridades nacionales de salud y con políticas internacionales.

De otra parte, la participación de los actores del SGSSS y la comunidad en la actualización del POS, iniciada en octubre de 2008, a través del componente informativo se trabajó durante este

22. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005), decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública 2006-2010 y Ley 1122 de 2007.

23. Las Guías de Atención Integral (GAI) son consideradas como elementos necesarios para la definición de la prestación de servicios y para la definición de medicamentos incluidos en los planes de beneficios POS-C y POS-S en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y están compuestas por Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia (GPC), la evaluación económica de las guías y el estudio del impacto financiero (actuarial) en la UPC de las tecnologías en salud recomendadas por las guías. Las GPC sólo son uno de los componentes de las GAI, en el marco del SGSSS y del POS.

periodo en dos frentes: el primero se relaciona con la construcción conjunta de procesos técnicos y metodologías para la revisión y actualización sistemática y progresiva de los contenidos del POS; el segundo se enfocó en la generación de procesos de consenso y conciliación de intereses y perspectivas con la sociedad civil, alrededor de los criterios que se considera deben definir el POS colombiano.

Complementariamente, para el fortalecimiento de los mecanismos de información, intercambio, difusión y análisis de las características del POS, entre octubre de 2008 y abril de 2010 el Ministerio de la Protección Social realizó siete seminarios de intercambio internacional en Sistemas de Salud en los cuales se evaluaron los avances del SGSSS colombiano, los retos que enfrenta y se discutieron propuestas de ajuste.

## 2.2 Ajuste y Modernización de las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud

Teniendo como insumo la política de prestación de servicios de salud, formulada y promulgada durante el año 2005, en el período 2006 a 2010, el Ministerio de la Protección Social desarrolló en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, un conjunto de acciones dirigidas al rediseño y reorganización de las redes de prestación de servicios y de las instituciones hospitalarias que hacen parte de las mismas, así como al mejoramiento y modernización de la gestión de las direcciones territoriales de salud e IPS públicas.

Con relación al rediseño de las redes de prestación de servicios durante el período 2006 a 2010 se aprobó el diseño de red de 20 entidades territoriales, con el cual se pretende mejorar el acceso a la población pobre y vulnerable, con una prestación de servicios de salud en condiciones de eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera de las instituciones hospitalarias. Dichos diseños son el producto del desarrollo de estudios de la organización de la red del departamento desde el punto de vista de la demanda de servicios incluyendo perfil epidemiológico, nivel de aseguramiento y frecuencia de uso de servicios, contrastado con la capacidad instalada, el recurso humano y las condiciones financieras de cada entidad territorial. Con base en las conclusiones de esos estudios, las entidades territoriales con el apoyo del Gobierno Nacional formulan la propuesta de rediseño de la red buscando el mejoramiento de las condiciones de acceso y calidad en la prestación de servicios, eficiencia en el uso de los recursos y sostenibilidad de los prestadores de servicios de salud que integran la red.

En el siguiente cuadro se presenta por cada año los nombres de las entidades territoriales sobre las cuales se aprobó el diseño de red propuesto.

**Cuadro No. 35**  
**Entidades territoriales a quienes se les aprobó el diseño de red**  
**2006 – 2010**

2006	2007	2008	2009	2010
Caldas	Atlántico	Barranquilla	Nariño	Meta
Cauca	Bolívar	Chocó	Putumayo	
Cesar	Boyacá	Cundinamarca		
Córdoba	Tolima			
San Andrés	Vichada			

	2006	2007	2008	2009	2010
Santander					
Sucre					
Valle del Cauca					
Vaupés					

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios MPS.

Con este avance, a la fecha de cierre de informe, 31 entidades territoriales (departamentos y distritos) (86%) cuentan con un diseño de red de prestación de servicios de salud aprobado por el Ministerio de la Protección Social. Para la ejecución de estas acciones de reorganización, se suscriben convenios de desempeño entre las entidades territoriales y la Nación, en los cuales se determinan metas, compromisos e indicadores dirigidos a garantizar la adecuada operación de las redes de prestación de servicios y la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones en condiciones de acceso, calidad y sostenibilidad.

Durante el período 2006 a 2010, se asignaron recursos para las acciones de reestructuración de plantas de personal y saneamiento de pasivos prioritarios por valor de \$541.654 millones, de los cuales 65% corresponden a recursos de la nación, 17% a cofinanciación territorial y el 18% restante a recursos de crédito con tasa compensada a través de Findeter, con una cobertura de 133 instituciones en 18 entidades territoriales.

**Cuadro No. 36**  
**Instituciones y recursos invertidos en procesos de reorganización**  
**instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, por entidad**  
**territorial**  
**Julio 2006 – Julio 2010**  
 Millones de Pesos

Entidad territorial	Nro. de IPS	Recursos Nación	Cofinanciación	Otros recursos	Valor total asignado
Atlántico	1	2.571	0	0	2.571
Barranquilla	9	41.100	15.000	75.000	131.100
Bolívar	5	41.259	7.276	0	48.535
Boyacá	1	1.255	650	0	1.905
Cauca	36	44.942	19.481	0	64.423
Cesar	8	31.087	8.847	0	39.934
Chocó	26	14.155	0	0	14.155
Córdoba	15	32.206	11.880	0	44.086
Cundinamarca	6	38.594	24.412	17.390	80.396
Magdalena	5	8.011	0	0	8.011
Nariño	1	8.004	1.058	0	9.062

Entidad territorial	Nro. de IPS	Recursos Nación	Cofinanciación	Otros recursos	Valor total asignado
San Andrés	2	8.380	0	0	8.380
Santander	6	43.299	7.261	0	50.560
Sucre	5	13.769	0	0	13.769
Tolima	4	2.700	1.100	0	3.800
Valle del Cauca	1	10.399	2.351	0	12.750
Vaupés	1	6.582	0	0	6.582
Vichada	1	1.635	0	0	1.635
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>349.948</b>	<b>93.316</b>	<b>92.390</b>	<b>541.654</b>

Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud

Para el período 2002- 2010, en ejecución del Programa se han incluido en este tipo de convenios 243 hospitales públicos de 27 entidades territoriales con una inversión de la Nación de \$799.828 millones y cofinanciación territorial de \$320.756 millones.

**Cuadro No. 37**  
**Número de Instituciones y Recursos Invertidos en Procesos de**  
**Reorganización Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de**  
**Salud, por Entidad Territorial y Nivel de Atención**  
**Julio 2002 – Julio 2010**

Millones de Pesos

Entidad Territorial	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total IPS	Fuente	
					Nación	Cofinanc.
Amazonas	0	1	0	1	2.791	0
Antioquia	17	9	0	26	33.296	7.732
Atlántico	3	2	1	6	47.395	15.591
Barranquilla	7	1	1	9	41.100	90.000
Bolívar	0	6	1	7	78.972	25.065
Boyacá	14	9	1	24	92.563	29.268
Caldas	8	4	2	14	24.073	11.987
Cauca	36	0	1	37	65.134	21.968
Cesar	6	3	0	9	34.230	9.497
Chocó	25	1	0	26	14.155	0
Córdoba	14	2	0	16	38.466	13.505
C/marca	3	2	1	6	44.321	43.771
Huila	4	3	0	7	7.342	1.341
La Guajira	0	1	0	1	3.176	0
Magdalena	0	5	1	6	57.021	18.736
Meta	0	1	0	1	740	0
Nariño	1	1	0	2	11.604	1.858

Entidad Territorial	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total IPS	Fuente	
					Nación	Cofinanc.
N. Santander	1	0	0	1	2.466	0
Quindío	5	2	0	7	3.540	1.071
Risaralda	0	0	1	1	22.382	7.500
San Andrés	1	1	0	2	13.611	0
Santander	5	4	2	11	113.005	16.919
Sucre	5	3	0	8	20.113	1.132
Tolima	6	6	0	12	9.718	1.465
V. Cauca	0	1	0	1	10.399	2.351
Vaupés	0	1	0	1	6.582	0
Vichada	1	0	0	1	1.635	0
Total	162	69	12	243	799.828	320.756

*Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud*

En relación con la modernización de la prestación de servicios de salud, y en el marco de la política de prestación de servicios de salud, se formuló un plan de modernización que contiene un conjunto de proyectos dirigidos al mejoramiento de los procesos de gestión de las direcciones territoriales de salud e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Estos proyectos se han adelantado a través de la planificación y ejecución de acciones de capacitación y asistencia técnica concertadas entre el Ministerio de la Protección Social, las direcciones territoriales de salud y las IPS públicas. A continuación se presentan algunos de los aspectos involucrados en estas actividades.

Asistencia técnica a la totalidad de las direcciones territoriales de salud para la revisión, ajuste (cuando aplica) y puesta en operación del diseño de la red de prestación de servicios y de los procesos de referencia y contrarreferencia.

Asistencia técnica a la totalidad de las direcciones territoriales de salud y a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en el mejoramiento de los procesos de captura, consolidación y análisis de información de gestión para la toma de decisiones.

Fortalecimiento de la tecnología informática para la operación de las redes de prestación de servicios, a través de la financiación del componente informático (equipos y software operativo básico) de proyectos presentados por las direcciones territoriales. Con este proyecto se entregaron equipos de cómputo con software básico a más de 600 unidades públicas prestadoras de servicios de salud ubicadas en 23 entidades territoriales.

Capacitación de funcionarios y miembros de juntas directivas de IPS públicas del país en la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a ejecutar por los gerentes de las ESE durante el periodo para el cual fueron designados por concurso o reelegidos. Con este proyecto se capacitaron 722 personas.

Capacitación de 1.819 funcionarios de las direcciones territoriales de salud y hospitales públicos en la operacionalización de las acciones de externalización de los servicios.

Capacitación de 333 funcionarios de las direcciones territoriales de salud y hospitales públicos en la aplicación de la metodología de desarrollo y reordenamiento físico funcional de instituciones prestadoras de servicios y de la red nacional de laboratorios de salud pública.

Implementación de los procesos generales del servicio farmacéutico y preparación y acompañamiento a 50 IPS públicas del país de mediana y alta complejidad en la implementación gradual del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.

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

Un componente importante de la implementación de la política de prestación de servicios de salud se relaciona con la garantía del acceso a la prestación de servicios de salud en condiciones de calidad de eficiencia a través de la organización y operación de redes de prestación de servicios en el nivel territorial y la adecuación de los hospitales públicos a la red diseñada y su operación en condiciones de equilibrio financiero que asegure la prestación de servicios de manera continua y con calidad.

En este contexto, en el período 2006 a 2010 se implementaron dos tipos de procesos de seguimiento y evaluación que permiten dar cuenta del estado de implementación de la política de prestación de servicios de salud, así: (i) proceso de seguimiento y evaluación de la gestión de las entidades territoriales e instituciones hospitalarias públicas incluidas en convenios de desempeño y (ii) evaluación de impacto de las acciones del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud.

Con relación al proceso de seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas, indicadores y compromisos de gestión de las direcciones territoriales e IPS incluidas en convenios de desempeño y contratos de empréstito, se consolidó el sistema de información que permite la captura y consolidación de la información de producción y calidad de servicios, capacidad instalada y situación financiera de la totalidad de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del nivel territorial, y se pusieron en operación los procedimientos de seguimiento y evaluación previstos en el marco del Programa, que involucran una instancia de autoevaluación a nivel territorial, una instancia de seguimiento y evaluación conjunta entre el nivel territorial y nacional y una instancia de evaluación a nivel nacional en la que se determina el cumplimiento o no de las metas y compromisos y se recomienda la condonación o no de las cuotas de repago de los contratos de empréstito interno suscritos entre las entidades territoriales y la Nación en el marco del Programa.

Dicho proceso fue iniciado en el año 2006 sobre las entidades incluidas en convenios de desempeño suscritos entre 2004 y 2005, y se ha continuado hasta la fecha involucrando anualmente las entidades que van suscribiendo este tipo de convenios.

En el cuadro No. 38 se presenta la relación del número de entidades evaluadas, así como el número de entidades en las que se recomendó la condonación por cumplimiento de las metas, indicadores y compromisos pactados en los convenios.

**Cuadro No 38**  
**Instituciones Hospitalarias Incluidas en Convenios de Desempeño en el Marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud Evaluadas y se Recomendó Condonación**

Año de evaluación	Período evaluado	Nro. de IPS evaluadas	Nro. de IPS recomiendan condonación
2006	2005	90	89
2007	2006	95	92
2008	2007	147	136
2009	2008	154	134
Total		486	451

*Fuente: Información administrativa y financiera del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud*

Es de destacar la alta proporción de instituciones en las que se evidencia el cumplimiento de los compromisos en los aspectos evaluados de producción y calidad de servicios, ahorro en el gasto y sostenibilidad financiera, con un promedio de 93% en los cuatro años sobre los que se ha realizado evaluación.

En forma general en las instituciones hospitalarias se observa cumplimiento en las metas de ahorro, incremento en el número de servicios producidos y mejoramiento de las condiciones de sostenibilidad financiera, en donde se busca que los costos y gastos de operación puedan ser financiados con los ingresos producto de la venta de servicios a los diferentes pagadores del sistema.

De otra parte, y con respecto a la evaluación de impacto de medio término del Programa, desde su diseño se previó que esta se realizaría con las siguientes características: (i) tres mediciones, una línea de base, una evaluación intermedia y una final; (ii) dos aspectos a ser evaluados, la gestión institucional en términos de eficiencia y sostenibilidad y la percepción de calidad por parte de los usuarios; y (iii) evaluación contractual, comparando un grupo de instituciones incluidas en convenios de desempeño, frente a otro grupo no incluido.

Con este contexto, durante el período 2006-2010 se han realizado las mediciones de línea de base y evaluación de medio término, en los aspectos de gestión y percepción de calidad, manteniendo la condición contractual en las mediciones.

En la evaluación en los aspectos de gestión en los que se compararon los resultados de gestión entre 2004 (antes de la firma del convenio) y 2006 (dos años después de su suscripción), desde el punto de vista de eficiencia y productividad se observa un mayor crecimiento en la producción de servicios entre 2004 y 2006 en los hospitales incluidos en convenios, así como mejores resultados en la utilización de las camas hospitalarias, mesas de partos y otros componentes de la capacidad instalada, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 39**  
**Evaluación de indicadores de eficiencia y productividad en IPS incluidas y no incluidas en convenios de desempeño**

Indicador	Con convenio	Sin convenio
Variación de producción promoción y prevención 04-06	8,80%	2,58%

Giro cama hospitalaria (Pacientes por cama año) 2006	74,39	45,05
Variación giro cama 04-06	34,05%	4,80%
Giro unidad odontológica (pacientes por unidad año) 2006	7.015,75	5.720,80
Giro mesa de partos (partos por mesa año) 2006	162,98	139,88
% ocupación Nivel 1 2006	47%	25%
% ocupación Nivel 2 2006	77%	68%
% ocupación Nivel 3 2006	88%	78%
Variación % ocupacional 04-06	40,77%	6,70%
Variación promedio día estancia 04-06	-33,77%	14,27%

Fuente: Información de la evaluación de impacto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en los aspectos de gestión. Cendex, Universidad Javeriana 2007

Con relación a los resultados financieros, tal como se presenta en el cuadro No. 40, los hospitales incluidos en convenios entre 2004 y 2006 el costo medio por producto se redujo en 20,8%, mientras que en los hospitales sin convenio se incrementó en 21,8%. Igualmente los resultados operacionales y del ejercicio en los hospitales con convenio son claramente superiores a los reportados en hospitales sin convenio.

#### Cuadro No. 40 Evaluación de indicadores financieros en IPS incluidas y no incluidas en convenios de desempeño

Indicador	Con convenio	Sin convenio
Variación en el costo promedio por producto 04-06	-20,80%	21,88%
Fracción del gasto de personal sobre total del gasto 2006	28,8%	39,1%
Variación en la fracción de personal sobre total de gasto 04-06	-30%	-14%
Resultado operacional ajustado 2006 (millones de \$)	\$9.871	\$6.352
Resultado del ejercicio, año 2006 (millones de \$)	\$989	\$296
Variación porcentual del excedente del ejercicio 04-06	436%	290%

Fuente: Información de la evaluación de impacto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en los aspectos de gestión. Cendex, Universidad Javeriana 2007

### Gestión de cartera hospitalaria

Teniendo en cuenta la problemática financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud asociada a las dificultades en el flujo de recursos por concepto de prestación de servicios de salud a los diferentes pagadores del sistema, y con mayor énfasis en las IPS públicas, asociadas a la problemática de financiamiento de las entidades territoriales frente a la demanda de servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado, en el mes octubre del año 2006 se expidió documento Conpes 3447 de 2009 en el cual se definió una estrategia para el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública con enfoque de cartera. En el mismo documento se plantean algunas medidas de carácter coyuntural de corto plazo, encaminadas a solucionar la cartera acumulada, y otras estructurales de mediano plazo enfocadas a la solución de la problemática asociada al incremento de la cartera hospitalaria.

En desarrollo de las medidas estructurales, en la Ley 1122 de 2007, el Congreso de la República definió algunas medidas tendientes al mejoramiento del flujo de los recursos, dándole la opción al Gobierno de reglamentar algunos aspectos relacionados con las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios. En ese sentido se expidió el Decreto 4747 de 2007, y la Resoluciones 3047 de 2008 y 416 de 2009, conjunto de medidas mediante las cuales se regulan las relaciones desde los aspectos de negociación y

suscripción de contratos, solicitud y autorización de servicios, facturación y cobro de cuentas, y manejo de glosas y devoluciones de cuentas. Para facilitar la implementación de estas medidas se realizaron talleres de capacitación dirigidos a las direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, así como a los organismos de control de carácter nacional y territorial. La cobertura de estos talleres fue de 3.612 personas.

Con relación a las medidas coyunturales, el Congreso de la República mediante el artículo 43 de la Ley 1122 de 2007, autorizó la destinación de \$150.000 millones de recursos excedentes de la Subcuenta ECAT para el pago de atenciones a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Posteriormente en la Ley 1151 de 2007, se precisan los criterios de utilización de estos recursos y se destinan adicionalmente a los mismos fines los recursos ahorrados, al 24 de julio de 2007, por el Fondo Nacional de Regalías y por los municipios y departamentos ahorradores en el Fondo del Ahorro y Estabilización Petrolera – FAEP. A partir de lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley 1151 de 2007, el Gobierno Nacional expidió los Decretos 3470 de 2008 y 3668 de 2009, en los cuales se definen los criterios y procedimientos para la distribución y giro de los recursos de la Subcuenta ECAT y del FAEP, respectivamente.

A partir de los criterios y procedimientos definidos en los decretos mencionados y teniendo en cuenta la apropiación de recursos en el Presupuesto General de la Nación de las vigencias 2008 y 2009, mediante las resoluciones 4889 de 2008, 4260 y 5375 de 2009, se han distribuido entre las direcciones territoriales de salud recursos por \$140.274 millones de pesos, siendo importante destacar que dichos recursos son girados desde la Nación directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa presentación de los soportes requeridos.

**Cuadro No. 41**  
**Recursos de la subcuenta ECAT y ahorros del Fondo Nacional de Regalías en el FAEP destinados a saneamiento de cartera por atenciones a la población pobre no asegurada y eventos no POS-S**  
**2008 y 2009**  
 Millones de Pesos

Departamento	Valor asignado Recursos ECAT 2008	Valor asignado Recursos FAEP 2009
Antioquia	1.584.686	2.212.918
Bolívar	517.151	224.933
Boyacá	2.129.711	3.903.177
Caquetá	309.744	822.166
Cesar	2.234.619	3.529.577
Córdoba	2.091.122	4.477,6
Cundinamarca	1.340.778	2.646.1
Guaviare	159.813	272,0
Huila	3.615.127	6.819,3
Magdalena	672.296	1.215,3
Meta	305.698	204,8
Nariño	2.795.620	4.478,9
Putumayo	4.000.000	1.132,2
Quindío	4.151.334	7.978,4
Risaralda	6.226.020	10.430,1
Santander	1.142.445	0
Sucre	2.403.698	5.036,8

Departamento	Valor asignado Recursos ECAT 2008	Valor asignado Recursos FAEP 2009
Tolima	0	2.695,7
Valle del Cauca	14.320.138	32.193,4
Total general	50.000.000	90.274,0

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios MPS.

De otra parte, y teniendo en cuenta la situación de déficit financiero reportado por las direcciones territoriales de salud asociado al crecimiento de la demanda de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, y de manera simultánea con la declaratoria de la Emergencia Social, se expidió la Resolución 530 de 2010, que distribuye mediante cupos indicativos a los departamentos y distritos recursos por \$300.000 millones que fueron incluidos por el Congreso de la República en el Presupuesto General de la Nación de la Vigencia 2010. Dicha distribución se realizó tomando una fracción de 30% en partes iguales, y el 70% restante teniendo en cuenta variables de población, aseguramiento y déficit territorial, entre otras.

En el siguiente cuadro se presenta la distribución de los cupos indicativos a cada entidad territorial, cuya ejecución implica la revisión y conciliación entre las entidades acreedoras y las direcciones territoriales de salud.

**Cuadro No. 42**  
**Valor de cupos indicativos de recursos destinados a saneamiento**  
**de cartera de entidades territoriales, distribuidos mediante**  
**la Resolución 530 de 2010**

Entidad territorial	Valor cupo indicativo asignado Millones \$	Entidad territorial	Valor cupo indicativo asignado Millones \$
Amazonas	3.724,6	Guainía	3.404,4
Antioquia	26.970,9	Guaviare	4.049,0
Arauca	5.046,4	Huila	7.313,4
Atlántico	8.015,5	Magdalena	7.964,5
Barranquilla	7.253,1	Meta	6.553,7
Bogotá	29.473,6	Nariño	10.736,0
Bolívar	11.359,5	Norte de Santander	10.854,3
Boyacá	8.734,2	Putumayo	5.773,1
Caldas	7.978,9	Quindío	2.519,2
Caquetá	8.699,3	Risaralda	1.815,0
Cartagena	8.302,4	San Andrés	3.406,8
Casanare	4.742,0	Santa Marta	5.572,3
Cauca	10.109,3	Santander	12.647,2
Cesar	8.921,0	Sucre	5.976,7
Chocó	11.394,2	Tolima	7.272,1
Córdoba	8.393,5	Valle del Cauca	6.841,4
Cundinamarca	13.412,2	Vaupés	3.342,0
La Guajira	7.780,8	Vichada	3.645,5
Total			300.000,0

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios MPS.

## 2.4 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad –SOGC – creado mediante el Decreto 2309 de 2002, con el objeto de mejorar el desempeño del sistema de salud en términos de calidad, efectividad y eficiencia, fortaleciendo lo relacionado con los procesos de seguridad del paciente, el sistema de información para la calidad y promoviendo la acreditación en salud de los diferentes actores, fue revisado y ajustado en todos sus componentes a partir de la expedición del Decreto 1011 de 2006

Cabe señalar, que resultado de las acciones emprendidas, se ha construido un sistema moderno y competitivo internacionalmente con amplia diferenciación sobre los otros modelos latinoamericanos, una prueba de ello es la obtención de la acreditación internacional de ISQua para el ente acreditador del Sistema Único de Acreditación, constituyéndose Colombia en el único país latinoamericano con ésta.

A continuación se describen los avances del cuatrienio para cada uno de los componentes que integran el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad –SOGC.

### Política de Seguridad del Paciente.

Esta política se ha difundido y ha alcanzado un importante grado de implantación en el país. En 2006 se expidió la Resolución 1446 que estableció la obligatoriedad de la vigilancia y gestión de eventos adversos; en 2007 se realizó la formación de multiplicadores en seguridad del paciente; en 2008 se expidieron los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente; en 2009 se expidió la guía técnica sobre buenas prácticas en seguridad del paciente, se desarrollaron 20 paquetes instruccionales para entrenamiento en la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Igualmente se puso en funcionamiento un sistema de educación a distancia mediante e-learning, aula virtual y software de videoconferencia para su implementación. También se adaptaron y publicaron metodologías de revisión de utilización de servicios y se desarrollaron talleres de capacitación en todo el país sobre este tema. A partir del año 2009 se cuenta con un número de sedes de IPS que realizan vigilancia.

### Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

La Unidad Sectorial de Normalización creada a partir del artículo 2º del Decreto 1011 de 2006, fue organizada y puesta en funcionamiento en el año 2007 y ha cumplido un rol importante en los últimos cuatro años en lo relativo a la concertación con diferentes actores del sistema el ajuste y producción de estándares y documentos técnicos. En este sentido, se ha surtido la expedición del manual de acreditación de entes territoriales en el año 2008, el proceso de aprobación de la Guía Técnica de Seguridad del Paciente y el Manual Único de Acreditación en el año 2009.

### Componente del Sistema de Información para la Calidad

Con el fin de implementar el Sistema de Información para la Calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y, simultáneamente oriente a los usuarios en el conocimiento de las características de éste, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las entidades administradoras de planes de beneficios, se fortaleció la implementación del Sistema de Información para la calidad que involucró:

La expedición en el año 2008 de la Resolución 1446 de 2006, lo que dio inicio a la recolección semestral de información para el reporte de indicadores de calidad de prestadores y aseguradores.

Registro Especial de prestadores de servicios de salud en línea, que consolida la información de la oferta de servicios de salud del país.

Mini sitio del SOGC que incluye información acerca de los componentes del Sistema.

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, el cual opera desde el 15 de abril de 2009, con cinco salas temáticas y evidencia un tráfico estable y creciente y un impacto inicial en el sistema. En 2008 se desarrolló la Fase I y en 2009 la fase 2 mediante la cual se implementó la totalidad de módulos y herramientas contemplados para la completa funcionalidad de esta herramienta.

Elaboración de dos ordenamientos (ranking) de prestadores y aseguradores en los años 2007 y 2010.

Generación del informe nacional de calidad que contiene la información da cuenta de la situación y el avance global de la calidad de atención en salud del país, tanto en la prestación como en el aseguramiento, partiendo de las características definidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

### Componente del Sistema Único de Acreditación

Desde el año 2007 comenzó el “Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y la Adopción del Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad” en el cual actualmente participan 105 IPS Públicas y 24 direcciones territoriales de salud, mediante un esquema operativo que potencializa los objetivos y fortalece el logro de una mejor apropiación del conocimiento entre quienes lo enseñan, lo implementan y lo aplican. Dentro de los principales logros que se han obtenido en ejecución de este proyecto pueden mencionarse los siguientes:

Las 105 IPS públicas que hacen parte del Proyecto desmitificaron la creencia que la preparación para la Acreditación era inalcanzable, se acercaron técnicamente a la evaluación cualitativa y cuantitativa con estándares de Acreditación, aprendieron el manejo e implementación de las herramientas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, aumentando sus niveles de desempeño frente a los estándares de acreditación.

Las Direcciones Territoriales de Salud se afianzaron en el ejercicio de sus funciones y competencias para brindar la asistencia técnica a los demás prestadores de su jurisdicción buscando el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a través de un efecto multiplicador. Se fortaleció el logro de niveles superiores de calidad de la atención en salud en el país logrando de esta manera que los usuarios reciban, cada vez, servicios de mejor calidad que redunden en mayores niveles de salud de la población y en el aumento de su satisfacción.

En el año 2009 se obtuvo la acreditación internacional del ente acreditador y en el año 2010 se ha iniciado el proceso de autoevaluación tendiente a obtener la acreditación internacional de los estándares de acreditación.

### Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Para avanzar en la implementación del Programa de Mejoramiento continuo de la Calidad- PAMEC – para IPS, entidades administradoras de planes de beneficios y entidades territoriales, en 2009 y lo que va de 2010, se ha continuado con el proyecto de preparación para la acreditación de IPS públicas, a través del cual se brinda asesoría para la implementación del componente de auditoría.

Adicionalmente, se contrató el diseño y/o adaptación de herramientas innovadoras de mejores prácticas internacionales para que las instituciones hospitalarias mejoren su desempeño frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación y al componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, en el marco del cual se han obtenido productos en diferentes líneas temáticas, algunas de las cuales servirán de herramientas para el despliegue del componente de auditoría, por ejemplo, entrenamiento en las metodologías y herramientas básicas para el mejoramiento de la calidad.

### Componente del Sistema Único de Habilitación

Por ser el componente que permite la entrada y permanencia al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los prestadores de servicios de salud, además de ser una condición sine qua non para ofertar los servicios a los diferentes pagadores de servicios del Sistema de Salud, la habilitación ha tenido un gran despliegue en su implementación lo cual se ha traducido en la mejora de las condiciones de prestación de los servicios en el país.

En 2007 se expidió la Resolución 077 que fija los lineamientos para la capacitación de verificadores de habilitación ordenada por el Decreto 1011 de 2006. Se desarrolló la capacitación a Universidades y se realizaron los cursos de formación de verificadores, que luego han continuado por iniciativa de las universidades. Para avanzar en la consolidación del Sistema Único de Habilitación se desarrollaron durante el período las siguientes actividades:

Capacitación de los funcionarios de las DTS responsables de cargar la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Implementación del aplicativo Web para que las DTS consoliden en línea la información del REPSS.

Desarrollo de las acciones de prueba por parte de las DTS de la aplicación Web para que los prestadores registren en línea las pre-inscripciones y pre-novedades del registro.

El Registro Especial de Prestadores, entendido como la base de datos que contiene todos los prestadores autorizados en calidad, habilitados por el Estado para prestar servicios de salud en el territorio nacional, se constituye actualmente en una herramienta importante para el sector. A continuación se presenta una distribución de los prestadores según su naturaleza y por sedes:

**Cuadro No. 43**  
**Prestadores de servicios de salud habilitados**

Tipo de Prestador	Nro. Prestadores	Nro. Sedes
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS –Públicas.	1.108	3.741
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- Privadas	8.947	12.739
Entidades con objeto Social Diferente.	607	905
Profesionales Independientes	34.382	36.723
Transporte Especial de pacientes	285	287
Total	45.329	54.395

Fuente: Información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

## 2.5 Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología

### Reordenamiento Físico Funcional de IPS

Considerando la necesidad de adecuar las plantas físicas de las IPS para ajustarse a los cambios

impuestos por la evolución tecnológica y la variación en el volumen de prestación de servicios, en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud se elaboró una “Guía Metodológica de Trabajo” con el fin de unificar y facilitar la elaboración de los estudios de desarrollo institucional sobre los cuales fundamentar el reordenamiento físico-funcional de las instituciones.

Dicha Guía es un instrumento creado para apoyar el proceso de revisión y reordenamiento físico-funcional de las IPS, que, mediante el uso de fichas-cuestionarios, facilita las distintas etapas de recopilación y consolidación de la información enfocada a identificar los puntos críticos que deberán resolverse.

En los procesos de Reordenamiento, la aplicación sistemática de la Guía facilita la identificación de la problemática emergente de las IPS y permite focalizar además de los aspectos de carácter físico-funcional, de todos aquellos que, con estos se relacionan y que cada día más, constituyen motivo de preocupación y dificultad para la gestión de las IPS.

### Infraestructura Física y Tecnología

Con el fin de fortalecer la capacidad técnica y operativa de las Direcciones Territoriales de Salud fueron realizados talleres de actualización, en aspectos de infraestructura física, normatividad y condiciones técnicas para la aprobación de proyectos, dirigidos a cerca de 180 funcionarios de estas entidades. En este contexto, y atendiendo el desarrollo institucional en todo el territorio Nacional, se realizó en la vigencia 2007 a marzo de 2010 la revisión de 318 proyectos de los cuales se viabilizaron 158 y fueron devueltos 160.

Igualmente se participó en la elaboración del diseño para las obras de construcción de nuevos hospitales para San Andrés Islas y el municipio de Tumaco con áreas superiores a los 10.000 m<sup>2</sup> cada uno e inversión de \$63.000 millones. En el caso del Hospital de San Andrés fue puesto en operación en el mes de noviembre de 2007.

Con el objeto de apoyar la realización de refuerzos estructurales en instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, ubicadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia, se desarrolló el proyecto de vulnerabilidad sísmica estructural. Durante el período reportado se cofinanció el refuerzo sísmico estructural de aproximadamente 63.000 M<sup>2</sup> de 14 instituciones hospitalarias de mediana y alta complejidad por un valor de \$44.114 millones, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 44**  
**Recursos asignados a reforzamiento estructural de IPS Públicas**  
**2006-2009**

Año	Departamento	Municipio	Institución	Valor inversión Millones \$
2006	Boyacá	Soatá	ESE Hospital San Antonio de Soatá	1.000
	Caldas	Manizales	ESE Hospital de Caldas	2.000
	Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Universitario del Valle (1a. Etapa)	4.155

Año	Departamento	Municipio	Institución	Valor inversión Millones \$
2007	Huila	Neiva	ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano	4.000
	N. de Santander	Cúcuta	ESE Hospital Erasmo Meoz	2.459
	Valle del Cauca	Cali	Clínica Rafael Uribe Uribe	6.000
2008	Nariño	Pasto	ESE Hospital Universitario Departamental	2.000
	Cauca	Popayán	ESE Hospital Universitario San José de Popayán	4.000
	Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Mario Correa Rengifo	6.500
2009	Nariño	La Unión	ESE Hospital Eduardo Santos	3.310
	Tolima	Ibagué	ESE Hospital Universitario Federico Lleras de Ibagué	3.990
	Cundinamarca	Cáqueza	ESE Hospital San Rafael de Cáqueza	300
	Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Universitario del Valle (2a. Etapa)	1.200
	Quindío	Armenia	ESE Hospital Universitario San Juan de Dios	3.200
Total 2006-2010				44.114

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS.

## 2.6 Medicamentos, Servicios Farmacéuticos, Sangre, Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos

### Medicamentos, dispositivos médicos y servicios farmacéuticos:

Los medicamentos representan una fracción relevante del total del gasto sanitario, siendo el segundo renglón después de los recursos humanos, además de representar la respuesta tecnológica de mayor utilización en salud. El desenlace de la inmensa mayoría de las consultas médicas y otras atenciones sanitarias suele ser una receta o prescripción médica. Además, el ritmo de los avances tecnológicos y el crecimiento del costo de las terapias, hacen imperativo enfrentar uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en países con restricción de recursos: La evaluación de tecnología. Por todo ello, la Política Farmacéutica Nacional, expedida en Diciembre del año 2003, apunta a resolver dificultades basadas principalmente en tres componentes como son acceso, uso adecuado y calidad de los medicamentos.

Teniendo en cuenta la problemática existente, en el componente de calidad se avanzó en el marco regulatorio que le permitiera al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, como entidad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control de los medicamentos en el país, tener las herramientas que le permitieran ejercer sus actividades y por tal razón se expidieron normas en materia de medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, gases medicinales y suplementos dietarios con la regulación de las Buenas Prácticas de Manufactura, según la clasificación de los productos.

En el cuatrienio fue expedida normatividad relacionada con medicamentos y suplementos dietarios, productos fitoterapéuticos y tiendas naturistas, medicamentos homeopáticos y establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos que pueden ser consultada en los anexos de los informes de las respectivas vigencias.

Con relación a los procesos generales del servicio farmacéutico en los hospitales públicos, se desarrolló un proyecto de acompañamiento en la implementación del plan gradual del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria en 50 instituciones, así como la capacitación permanente a las IPS seleccionadas y entidades territoriales de salud del área de jurisdicción, lográndose el mejoramiento continuo de los procesos al interior de estos servicios y de las actividades de inspección, vigilancia y control de las entidades territoriales de salud.

### Sangre y Componentes Sanguíneos

Atendiendo los lineamientos de la OPS, en el año 2007 fué formulada la Política Nacional de Sangre, orientada bajo los principios de acceso y equidad, solidaridad y seguridad, que define estrategias, líneas de acción, proyectos y metas que deben responder a los problemas de sangre. La pretensión fundamental se orienta a generar una cultura de donación voluntaria y solidaria de sangre, al uso adecuado de la misma, sus componentes y hemoderivados, a la vigilancia sanitaria, hemovigilancia y seguridad transfusional con énfasis en el desarrollo de la red de sangre.

Durante el período 2006-2009, se observó un aumento gradual de las unidades de sangre captadas por año, pasando de 552.391 en el 2006 a 692.487 en el 2009.

Con el fin de lograr que el 100% de las donaciones de sangre sean voluntarias, se creó el Comité de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual de Sangre, mediante la Resolución 3355 de 2009, que actualmente trabaja en la elaboración del plan y programa nacional de la donación voluntaria y habitual de sangre 2010-2014.

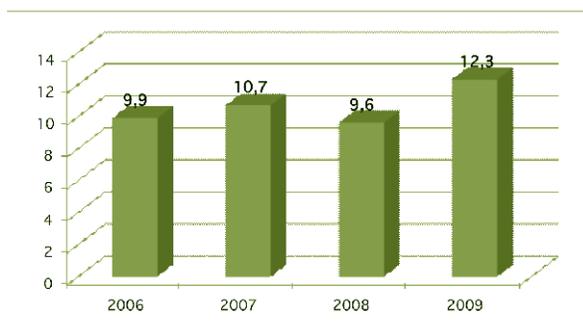
Como estrategia de educación se llevó a cabo en el año 2009, el primer encuentro nacional de promotores de la donación voluntaria y habitual de sangre, con la participación de 130 personas provenientes de todo el país, para que implementen estrategias en sus regiones de origen que permitan desarrollar programas efectivos de donación voluntaria de sangre.

La red de Bancos de Sangre en el período 2006 a 2009 se ha reorganizado pasando de 101 a 92 bancos, distribuidos en 25 departamentos, aumentando su capacidad de captación, actualmente se cuenta con 18 bancos de sangre que captan más de 12.000 unidades al año. La donación voluntaria de sangre pasó del 61% en el 2006 a 64,3% en el 2009, fortaleciéndose la donación voluntaria y repetitiva (una persona dona al menos 2 veces por año) pasando de 8.4% en 2006 a 18% en 2009.

El promedio nacional de disponibilidad de sangre en el 2006 era de 12,0 unidades por cada 1.000 habitantes, y para 2009 fue de 15,3 unidades.

El incremento constante en las cifras de donación en el país, es uno de los mayores logros de la Red Nacional de Donación y Trasplante de Órganos del Instituto Nacional de Salud, en el año 2006 la tasa de donantes por millón de habitantes fue de 9,9; al compararla con la tasa durante el año 2009 (12,3 por millón de habitantes) se evidencia un aumento importante en la donación en Colombia.

**Grafico No. 10**  
**Tasa de Donante de Órganos por millón de población.**  
**Colombia 2006 – 2009**



*Fuente: Instituto Nacional de Salud*

De igual manera los servicios transfusionales regulados por el Decreto 1011 de 2006, cuentan con estándares de habilitación, de los cuales a la fecha el 25% hacen parte del Programa de Evaluación Externa de Inmunohematología del Instituto Nacional de Salud.

### **Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos**

En la actualidad funcionan en el país 13 bancos de tejidos, los cuáles se encuentran certificados en Buenas Prácticas por el INVIMA e inscritos ante la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes, 7 de ellos de tejido ocular, 3 de tejido osteomuscular, 2 de válvulas cardíacas y 1 multipropósito que procesa tejido epitelial y osteomuscular.

De 2006 a 2009 se han presentado 1.904 donantes efectivos, en el cuadro siguiente se relaciona el número de trasplantes por cada órgano del 2006 al 2009:

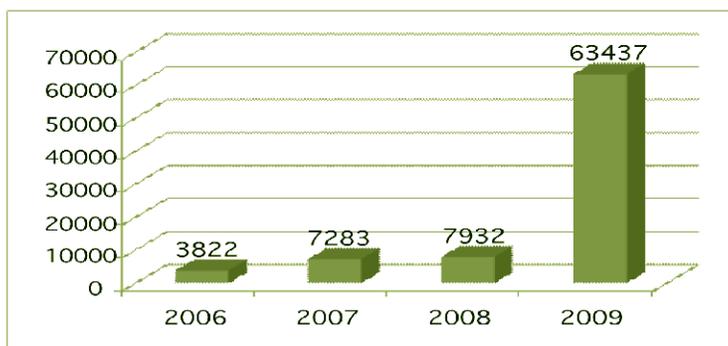
**Cuadro No. 45**  
**Número de trasplantes por órgano, Colombia**  
**2006 – 2010**

Órgano / Año	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Riñón	610	698	705	846	126	2985
Corazón	59	60	83	57	11	270
Hígado	181	193	198	233	21	826
Pulmón	11	7	14	5	0	37
Páncreas	0	0	1	2	0	3
Riñón - Páncreas	3	8	4	8	3	26
Intestino	2	4	2	0	0	8
Vías Aéreas	4	3	1	1	0	9
Riñón - Hígado	0	6	7	13	3	29
Corazón - Pulmón	0	0	0	1	0	1
Multivisceral	0	0	1	1	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>870</b>	<b>979</b>	<b>1016</b>	<b>1167</b>	<b>165</b>	<b>4.197</b>

*Fuente: Instituto Nacional de Salud.*

Del total de trasplantes realizados entre el año 2006 al 2010, el 4.04% fueron realizados a receptores extranjeros no residentes en Colombia, se realizaron 4.197 trasplantes en total para este periodo. Desde el año 2006 se implementó la carnetización de personas que desean manifestar su voluntad de donación a través del carné único nacional de donante de componentes anatómicos. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la carnetización de donantes.

**Gráfico No.11**  
**Número de personas carnetizadas como donante, Colombia.**  
**2006 - 2009.**



Fuente: Instituto Nacional de Salud.

## 2.7 Mejoramiento de la Calidad del Talento Humano en Salud (capacitación e incentivos)

Durante el periodo comprendido entre el año 2006 al año 2010, el Instituto se ha preocupado por capacitar a personal del INS, personal de otras entidades y estudiantes universitarios de pregrado, postrado y jóvenes investigadores, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 46**  
**Talento Humano (Capacitación e Incentivos)**

Actividades	2006	2007	2008	2009	2010
Tesis Pregrado Finalizadas	8	10	11	17	4
Tesis Posgrado Finalizadas	9	12	14	18	4
Tutorías y Pasantías	35	35	25	37	5
Jóvenes Investigadores	7	6	8	6	2
Formación continuada recibida por funcionarios	48	62	86	43	14
Asesorías Suministradas	21	53	67	73	9
Asesorías Recibidas	0	1	3	2	2
Becas	1	1	1	1	1
Reconocimientos	6	7	3	5	0

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

## Desarrollo normativo e institucional en la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud.

En el año 2007, después un proceso amplio de participación y concertación con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se expidió la Ley 1164 de 2007, conocida como Ley de Talento Humano en Salud. Esta norma sienta las bases para fortalecer la autoregulación, la participación, la ética, la calidad y pertinencia en los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano, estableciendo el marco de acción de las instituciones públicas y privadas para los años subsiguientes.

Esta norma se ha venido reglamentando con el apoyo de los mecanismos creados en la misma, como el Consejo Nacional y el Observatorio de Talento Humano en Salud, a través de los cuales se garantiza la participación real del personal de la salud en las decisiones que le interesan y afectan.

También se fortaleció la coordinación intersectorial entre los sectores salud y educación mediante la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud creada en 2008 e integrada por los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional. Esta Comisión se encarga de formular y dar fuerza vinculante a las decisiones y normas que requieran acciones articuladas entre los sectores de Educación y Protección Social en la formación y ejercicio de RHS y cuenta con un delegado permanente ante la sala de salud de CONACES para garantizar el desarrollo armónico de estos temas.

De otra parte, en el año 2008 se conformó y consolidó el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, como organismo asesor del Gobierno Nacional para la definición de políticas encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud, reglamentado mediante el Decreto 1730 de ese año. A partir de su conformación el Consejo ha realizado diez sesiones en las cuales se han analizado temas como certificación y recertificación, becas crédito, colegios profesionales, ejercicio de las medicinas y terapias alternativas, observatorio y registro único de talento humano en salud, así como propuestas puntuales para atender las dificultades que se presentan con la oferta de médicos especialistas en algunas regiones del país.

Así mismo, se creó la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, órgano responsable de coordinar las acciones y decisiones de los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional relacionadas con la formación, ejercicio y desempeño del talento humano en salud.

En el marco del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, SNFT, se impulsó la política de calidad en la formación del recurso humano, a través del componente de acreditación de entidades y programas de formación y el reconocimiento de estándares de calidad. Es así que en el año 2006 se expidió el Decreto 2020, mediante el cual se conforma la Comisión de Calidad de Formación para el Trabajo con el objeto de aprobar las normas técnicas para la certificación de instituciones y programas de formación para el trabajo.

De esta forma, se desarrollaron las normas técnicas de calidad NTC-555 –Sistemas de Gestión de la Calidad para Instituciones de Formación para el Trabajo, NTC 5581 -Programas de Formación para el Trabajo y NTC 5580 –Programas de Formación para el Trabajo en el área de Idiomas. Todo lo anterior es el resultado del trabajo conjunto de este Ministerio con las carteras de Desarrollo, Comercio y Turismo, de Educación Nacional, el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA y el ICONTEC.

El Ministerio de la Protección Social logró la aprobación de un proyecto de inversión, cuya ejecución comenzó en 2010, mediante el cual se busca fortalecer la capacidad técnica y de gestión en el desarrollo del SNFT.

En lo relacionado con la formación de auxiliares del área de la salud, se fortaleció la capacidad de gestión de los entes territoriales en actividades de seguimiento, vigilancia y evaluación de las instituciones y programas en ésta área específica, a través de veinte jornadas de asistencia técnica sobre la implementación y los alcances del Decreto 3616 de 2005, dirigidas a funcionarios que conforman los Comités de Recursos Humanos en Salud de las entidades territoriales.

Así mismo, se definieron y adoptaron los parámetros y mecanismos de verificación y evaluación de los requisitos básicos para el funcionamiento de los programas de formación de auxiliares del área de la salud, mecánica dental y estética y cosmetología, mediante los Acuerdos 034 de 2008 y 041 de 2009 de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

### Formación de Talento Humano en Salud

En el cuatrienio se destinaron \$102.671 millones para el programa de becas crédito para médicos especialistas, mediante el cual se financiaron becas para 3.683 nuevos estudiantes y se logró mantener un promedio anual de 2.624 residentes becados, como se observa en el siguiente cuadro :

**Cuadro No. 47**  
**Financiamiento y Beneficiarios Programa Becas Crédito**

AÑO	Presupuesto Asignado			Beneficiarios Beca Crédito		
	MPS	ICETEX	Total	Renovados	Nuevos	Total
2006	9.469	9.469	18.938	1.787	894	2.681
2007	9.848	9.872	19.720	2.336	301	2.637
2008	10.200	10.240	20.440	1.700	672	2.372
2009	11.000	10.573	21.573	1.813	816	2.629
2010 (*)	11.000	11.000	22.000	1.800	1.000	2.800
Totales	51.517	51.154	102.671	N.A	3.683	N.A

Fuente: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos

(\*) Los datos de beneficiarios del año 2010 son proyectados

**Cuadro No. 48**  
**Beneficiarios Becas Crédito por Departamentos**

Departamento	Nuevos Cupos 2006	Nuevos Cupos 2007	Nuevos Cupos 2008	Nuevos Cupos 2009	Total Cupos
Bogotá	480	121	124	169	894
Antioquia	154	30	135	167	486
Valle del Cauca	59	37	50	77	223
Atlántico	77	27	57	71	232
Santander	30	15	36	42	123
Bolívar	35	25	35	42	137
Caldas	11	10	19	19	59
Huila	14	11	28	23	76
Cauca	15	12	15	21	63
Nariño	0	0	18	32	50

Departamento	Nuevos Cupos 2006	Nuevos Cupos 2007	Nuevos Cupos 2008	Nuevos Cupos 2009	Total Cupos
Córdoba	12	0	16	21	49
Boyacá	0	0	23	19	42
Cundinamarca	7	9	13	11	40
Tolima	0	0	11	21	32
Sucre	0	1	19	12	32
Norte de Santander	0	0	11	14	25
Risaralda	0	0	14	11	25
Cesar	0	0	10	13	23
Magdalena	0	2	12	8	22
Quindío	0	0	6	6	12
La Guajira	0	0	7	4	11
Meta	0	0	4	6	10
Casanare	0	0	4	2	6
Choco	0	0	2	2	4
Arauca	0	0	2	1	3
Caquetá	0	1	1	1	3
San Andrés	0	0	0	1	1
Proyectados 2010					1000
<b>Total Nuevos</b>	<b>894</b>	<b>301</b>	<b>672</b>	<b>816</b>	<b>3683</b>

Fuente: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos

Mediante este programa se promovió la formación de profesionales de la salud en aquellas especialidades consideradas prioritarias para el país y se incentivó la disponibilidad de los mismos en las zonas de difícil acceso, generando mayores posibilidades de acceso a las becas a aquellos profesionales que cumplieron el servicio social obligatorio en poblaciones apartadas o que realizaban su especialización en áreas como Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Anestesiología y Medicina Familiar.

#### Cuadro No. 49 Beneficiarios Becas Crédito por Especialidades

Especialidad	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total General
Pediatría	140	51	119	144	454
Medicina Interna	129	46	86	135	396
Ginecobstetricia	110	30	86	87	313
Anestesiología	84	30	61	100	275
Cirugía General	77	32	65	80	254
Ortopedia y Traumatología	38	22	36	29	125
Psiquiatría	36	7	26	34	103
Oftalmología	39	6	20	20	85
Radiología	28	7	22	25	82
Dermatología	28	7	15	22	72
Otras Especialidades	185	63	136	140	524
<b>Total general</b>	<b>894</b>	<b>301</b>	<b>672</b>	<b>816</b>	<b>2.683</b>

Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

Finalmente, se condonaron y sanearon becas créditos por \$76.134,7 millones, correspondientes a 3.843 beneficiarios en el período reportado, lo que contribuyó a mejorar los procesos e información financiera y contable del Ministerio y a sanear la situación crediticia de los beneficiarios del programa y sus codeudores.

A través del Consejo Nacional para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud y la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, se evaluó la relación docencia servicio de 650 programas de educación superior del área de la salud, expidiéndose para el efecto 400 acuerdos, conforme se detalla en los siguientes cuadros.

**Cuadro No. 50**  
**Acuerdos sobre programas de Educación Superior en Salud Consolidado**

Acuerdos	2006	2007	2008	2009	Total
Favorables	98	41	44	122	305
No Favorables	7	0	3	5	15
Otros Acuerdos	5	15	59	1	80
Total	110	56	106	128	400

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social*

**Cuadro No. 51**  
**Acuerdos sobre programas de Educación Superior en Salud por Profesión**

Programa	2006	2007	2008	2009	Total
Bacteriología	9	1	0	2	12
Enfermería	28	6	5	7	46
Fisioterapia	15	4	3	7	29
Fonoaudiología	6	1	2	2	11
Instrumentación Quirúrgica	6	6	1	3	16
Medicina	36	4	1	19	60
Microbiología y Bioanálisis	1	0	0	2	3
Nutrición y Dietética	5	0	0	2	7
Odontología	7	0	0	3	10
Optometría	1	0	1	1	3
Terapia Ocupacional	4	1	1	2	8
Terapia Respiratoria	5	1	0	1	7
Terapia Física	1	0	0	0	1
Total Pregrado	124	24	14	51	213
Especializaciones	253	36	67	60	416
Maestrías	1	1	1	0	3
Técnico Profesional	4	1	1	0	6
Tecnologías	8	2	0	2	12
Total	390	64	83	113	650

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social*

En las mismas instancias arriba mencionadas se evaluaron y pusieron a consideración para emisión de concepto 2.031 programas de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano del área de la salud, cosmetología y estética conforme con el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 52**  
**Conceptos sobre programas de Educación  
para el Trabajo y el Desarrollo Humano**

Año	Favorable	No favorable	Se aplaza	Total
2007	15			15
2008	152	14	13	179
2009	477	150	522	1.155
2010	239	135	308	682
Total	883	299	843	2.031

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social*

Los conceptos se distribuyen por tipo de programa así:

**Cuadro No. 53**  
**Conceptos por Denominación de Programas**

Programa	Favorable	No Favorable	Se Aplaza	Total
Auxiliar Administrativo en Salud	101	37	103	241
Auxiliar de Enfermería	325	127	288	740
Auxiliar de Salud Oral	137	39	114	290
Auxiliar de Salud Pública	91	32	75	198
Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	150	56	156	362
Cosmetología y Estética Integral	47	8	103	158
Mecánica Dental	32	0	10	42
Total	883	299	849	2.031

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social*

Del total de programas sometidos a consideración de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, 883 programas fueron objeto de concepto favorable, destacándose 114 en Bogotá, 88 en Antioquia, 72 en Cesar y 68 en Atlántico.

Adicionalmente, el Ministerio de la Protección Social agenció la asignación de 10.217 subsidios de formación de auxiliares de la salud en las diferentes áreas que demandan las instituciones de salud, a través de convenios con el Centro de Educación en Administración para la Salud – CEADS por un valor cercano \$8.300 millones durante el período reportado.

**Gestión de información y ejercicio del Talento Humano en Salud**

Con el propósito de garantizar la disponibilidad de profesionales de la salud en las regiones deprimidas y con dificultad de acceso a los servicios de salud, de manera periódica e ininterrumpida se realizaron los sorteos de plazas de servicio social obligatorio para egresados de los programas de Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología. De esta forma, a través de procesos transparentes y en igualdad de condiciones para las instituciones y los profesionales, el Consejo Nacional del Servicio Social Obligatorio autorizó la realización de sorteos en los cuales participaron 18.479 profesionales, de los cuales 4.773 fueron seleccionados para ocupar las plazas disponibles en las entidades territoriales participantes, discriminados como se muestra en el siguiente cuadro

**Cuadro No. 54**  
**Sorteos Servicios Social Obligatorio Resultados Consolidados**  
**2006-2010 (Abril)**

Profesiones	Seleccionados	%	Exonerados	%
Medicina	1.958	40	2.795	60
Enfermería	989	14	5.503	86
Odontología	1051	32	1.917	68
Bacteriología	775	23	2.350	77

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social.*

Así mismo en desarrollo de sus competencias durante el cuatrienio 2006-2010 el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio resolvió 898 casos de profesionales, conceptuando sobre la prestación de su servicio social obligatorio y permitiendo así tomar las decisiones pertinentes para el ejercicio legal de su profesión. En su mayoría los profesionales solicitan la exoneración del Servicio Social Obligatorio o el reconocimiento del mismo por amenazas contra sus vidas o en razón a que han sido vinculados a través de órdenes de prestación de servicios o de Cooperativas de Trabajo asociado.

En 2010 se inició un trabajo concertado con diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la actualización de los Códigos de Ética Médica y Odontológica, de tal forma que los mismos incorporen las nuevas realidades derivadas de los cambios en el ejercicio de estas profesiones, la Constitución de 1991, las leyes 100 de 1993 y 1164 de 2007 y las normas procesales.

Paralelamente, se asignaron recursos adicionales a los Tribunales de Ética Médica, Odontológica y de Enfermería, buscando fortalecer su capacidad de respuesta frente a la creciente complejidad y volumen de los casos que debe resolver, originada en la mayor cantidad de servicios de salud, demanda presentada por el creciente número de afiliados al Sistema. De esta forma se asignaron recursos del Presupuesto General de la Nación, por un valor de \$4.184,8 millones, que permitirán descongestionar dichos tribunales y mejorar la oportunidad y calidad de su respuesta al personal de la salud y a los usuarios de los servicios:

**Cuadro No. 55**  
**Presupuesto anual de los Tribunales de Ética del Sector Salud**  
**(En \$ millones)**

Tribunal	2006	2007	2008	2009	2010 (*)
Medica	275	286	296	391	1.276
Odontológica	172	179	185	186	228
Enfermería	121	126	130	130	204
Total	568	590	611	707	1.709
Variación anual	N.A	4,0%	3,5%	15,7%	141,7%

(\*) El 2010 incluye una adición extraordinaria de \$ 1.000 millones

*Fuente: Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social*

La gestión de información sobre recurso humano se fortaleció con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, destacándose la conformación y funcionamiento de la Sala de Medicina Familiar y el estudio de Competencias Laborales en el área de Salud Pública para Medicina y Enfermería, elaborado con el apoyo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de

Caldas y la ESE Rita Arango del Pino. Este documento constituye un referente importante y útil para las instituciones que ofrecen programas de formación en esta área.

A la par de estos logros, se avanzó en la cooperación y coordinación internacional con la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, los países del Área Andina y el Brasil, mediante la elaboración del Plan Regional del Recurso Humano en Salud como estrategia para desarrollar el Llamado a la Acción de Toronto y las metas del milenio, y la participación en la construcción del RinWeb de la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud de las Américas “Observa RH”.

En lo relacionado con el control de ejercicio de las profesionales de la salud, se tramitaron 18.917 solicitudes de tarjetas profesionales en medicina y se expidieron 517 resoluciones de autorización para el ejercicio de la Anestesiología. De esta forma, a marzo de 2010, se encontraban registrados 62.463 médicos y 1.963 anestesiólogos. Se expidieron en el cuatrienio con corte a marzo de 2010 188.917 tarjetas profesionales en medicina y 517 resoluciones de autorización para el ejercicio de la Anestesiología.

## 2.8 Prevención y Atención de Emergencias y Víctimas de Desastres

Teniendo en cuenta las responsabilidades del Sector de la Protección Social en el marco del Servicio Nacional Para la Atención de Desastres SNPAD-, y los objetivos formulados en el Plan Nacional para la Atención y Prevención de Desastres, el Grupo de Atención de Emergencias y Desastres ha desarrollado los siguientes proyectos durante el periodo 2006 - 2010:

### Recursos de Funcionamiento

Se implementó el Programa Emergencia Sanitarias, con el fin de fortalecer la respuesta nacional, regional y local en salud frente a las emergencias sanitarias de origen natural o antrópico; las actividades desarrolladas a través de este Programa son las siguientes:

Con respecto de las transferencias a Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres CRUE, los Centros Regionales de Reserva del Sector y el Centro Nacional de Reserva, éstas se realizaron durante las vigencias 2006 a 2010, a las Direcciones Departamentales de Salud para el fortalecimiento de los CRUE, por valor de \$ 1.177.765.126 y a los Centros Regionales de Reserva del Sector y el Centro Nacional de Reserva del sector, por valor de \$ 5.451.277.874 millones de pesos, con el fin de ser utilizados por las entidades beneficiarias para la compra de elementos o servicios que permitan mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de apoyo en la atención de salud a los pacientes afectados por urgencias, emergencias y desastres en temas relacionados con este fortalecimiento y apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realiza las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer. La distribución regional de estos recursos se presenta en los siguientes cuadros.

**Cuadro No. 56**  
**Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres**

Departamento/Distrito	Año 2006- al 2010
Antioquia	61.641.962
Atlántico	41.641.962

Departamento/Distrito	Año 2006- al 2010
Barranquilla	21.641.962
Bogotá	41.641.962
Bolívar	21.641.962
Boyacá	63.641.962
Caldas	71.641.962
Cartagena	20.000.000
Cauca	30.000.000
Cesar	81.641.962
Córdoba	43.641.962
Cundinamarca	43.641.962
Guajira	41.641.962
Huila	43.283.924
Magdalena	21.641.962
Meta	21.641.962
Nariño	83.641.962
Norte de Santander	111.641.962
Pereira	30.000.000
Quindío	43.641.962
Risaralda	61.641.962
Santa Marta	41.641.962
Santander	21.641.962
Sucre	40.000.000
Tolima	51.641.962
Valle	21.641.962
TOTAL	1.177.765.126

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

### Cuadro No. 57 Centro Nacional y Centros Regionales de Reserva

Departamento / Distrito	Años 2006 al 2010
Antioquia	15.000.000
Bolívar	37.000.000
Caldas	22.000.000
Caquetá	10.000.000
Cesar	30.000.000
Córdoba	45.000.000
Cundinamarca	25.000.000
DEIP de Barranquilla	15.000.000
Guajira	22.000.000
Huila	45.000.000
Meta	10.000.000
Nariño	15.000.000
Putumayo	10.000.000
Quindío	10.000.000
Risaralda	37.000.000
Santander	37.000.000
Sucre	30.000.000

Departamento / Distrito	Años 2006 al 2010
Tolima	25.000.000
Valle	30.000.000
Centro Nacional de Reserva	4.981.277.874
<b>TOTAL</b>	<b>5.451.277.874</b>

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

## Plan Nacional de Salud Rural

La finalidad de este Programa es desarrollar actividades que permitan una mejor calidad de vida para la población rural y sin capacidad de pago del país en municipios de menos de 50 mil habitantes, esto a través del desarrollo de actividades y programas que mejoren la prestación de los servicios de salud dirigidos a esta población. Para los años 2006 a 2010 y en coordinación con la Dirección General de Calidad de los Servicios de Salud, se distribuyeron recursos por un valor de \$ 43.150.9 millones. Con estos recursos se pudo apoyar a cerca de 1.233 instituciones de salud de todo el país. La distribución regional de estos recursos se presenta a continuación.

**Cuadro No.58**  
**Plan Nacional de Salud Rural**

Vigencias	Proyectos Cofinanciados/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor
2006	224	8.209,5
2007	213	8.537,9
2008	187	8.836,7
2009	194	8.730,2
2010	En proceso de asignación	8.836,7
<b>TOTAL</b>	<b>818</b>	<b>43.152,0</b>

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

## Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud

Este programa tiene como finalidad desarrollar actividades que permitan mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud en instituciones de salud de carácter público en poblaciones urbanas y marginales mayores de cincuenta mil habitantes.

Durante las vigencias comprendidas entre el 2006 al 2010 se asignaron recursos por un valor de \$18.248,4 millones. Con estos recursos se pudo apoyar a cerca de 275 instituciones de salud de todo el país la distribución regional de estos recursos se presenta en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 59**  
**Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud**

Vigencias	Proyectos Cofinanciados/Entidades Territoriales y/o IPS	Valor
2006	48	2.791,3
2007	46	2.809,4
2008	126	6.907,7
2009	55	2.872,3
2010	En proceso de asignación	2.867,7
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>18.248,4</b>

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

## Recursos de Inversión

### Proyecto Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres:

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

**Programa de Elaboración, Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres:** En el componente de reducción de las vulnerabilidades funcionales se vienen desarrollando programas sostenidos de Preparativos Hospitalarios para Desastres y se ha incluido como una exigencia en el proceso de Habilidadación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la elaboración de adecuados Planes Hospitalarios de Emergencias.

En este componente se integrará el tema de “Hospitales Seguros Frente a los Desastres”, como un programa nacional para la reducción del riesgo ante desastres en el sector de la protección social, componente salud de acuerdo con la Resolución No. 0976 de abril 1 de 2009 y en cumplimiento de las conclusiones de la Reunión Internacional de Reducción de Desastres realizada en Kobe – Japón, en enero de 2005, ya que se considera de especial interés esta materia para lograr la reducción y mitigación de los riesgos de desastres en las instalaciones de salud del país en el entendido que éstas son consideradas construcciones indispensables dada la importancia que tienen en la seguridad que debe ser brindada a una comunidad sometida a los riesgos de desastre. En el caso de presentarse alguna emergencia, los hospitales deben estar preparados y operables para dar la atención que pueda requerirse.

Durante las vigencias comprendidas entre 2006 al 2010 se asignaron recursos por un valor de 2.250 millones de pesos, se apoyaron cerca de 28 instituciones de salud de todo el país y se capacitaron aproximadamente 860 personas del sector en el componente salud.

### Cuadro No. 60 Programa de Elaboración, Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres

Vigencias	Instituciones Beneficiadas	Talento Humano Capacitado	Valor (en millones de pesos)
2006	6	200	490
2007	5	210	440
2008	7	240	440
2009	5	210	440
2010	5	En ejecución	440
TOTAL	28	860	2.250

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

**Programas de Capacitación:** Se realiza capacitación y entrenamiento en temas Medidas de prevención ante las erupciones volcánicas, Protección a la Misión Médica y Derecho Internacional Humanitario, Atención Prehospitalaria, Manejo Médico de las Urgencias, las relacionadas con Prevención y Promoción de la Salud.

### Cuadro No. 61 Programas de Capacitación

Misión Médica y Derecho Internacional Humanitario			
Vigencias	Entidades Territoriales Beneficiadas	Talento Humano Capacitado	Talleres
2006	Secretarías de Salud Departamental y Municipal, IPS, EPS, EPSS, Funcionarios de la Fuerza Pública, Defensa Civil, Cruz Roja Colombiana, Presidencia, Instituciones de educación formal y no formal.	622	12
2007		1.215	32
2008		188	8
2009		229	10
2010		80	3
TOTAL		2.334	65

Fuente: Grupo de atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

En cuanto a la Red Nacional de Toxicología RENATO, se fortaleció la Red Nacional de Toxicología, a través del centro de información de toxicología a nivel nacional, así como algunas estrategias ayudan a la mitigación de la morbilidad por accidentes de tipo toxicológico, dado que en el país se han aumentado las cifras en el número de la atención y eventos toxicológicos.

### Cuadro No. 62 Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología RENATO

Millones de pesos

Vigencias	Convenio Fortalecimiento Renato	Valor
2006	1	105
2007	0	
2008	1	100
2009	1	100
2010	1	160
TOTAL	4	465

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

**Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, de los Centros Regionales de Reservas y del Centro Nacional de Reserva del sector:** Con el fin de apoyar la respuesta institucional ante eventos adversos en el nivel nacional y departamental, el Ministerio anualmente fortalece los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, de los Centros Regionales de Reservas y del Centro Nacional de Reserva del sector, con la adquisición de medicamentos, insumos médico quirúrgicos, adquisiciones de antídotos. Para brindar una respuesta oportuna a la población afectada por emergencias y desastres en el territorio nacional.

**Cuadro No. 63**  
**Fortalecimiento de los Centros Reguladores**  
**de Urgencias y Emergencias y de los Centros**  
**Regionales de Reserva del Sector**

Millones de pesos

Fortalecimiento CRUE y CRRS	
Vigencias	Valor
2006	150,0
2007	230,5
2008	241,0
2009	476,0
2010	
<b>TOTAL</b>	<b>1.097,5</b>

*Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social*

**Fortalecimiento Institucional de Respuesta:** En este componente se desarrolla por medio de asistencia técnica para la prevención, atención y rehabilitación en casos de emergencias y desastres de origen natural y/o antrópico en el territorio nacional a través de un equipo institucional. Además, se apoya al grupo a través de la contratación de asesores en temas relacionados con la atención a víctimas de eventos catastróficos, terroristas y accidentes de tránsito y el desarrollo del componente de salud mental en emergencias y desastres.

**Cuadro No. 64**  
**Fortalecimiento Institucional de Respuesta**

Millones de pesos

Fortalecimiento Institucional de Respuesta	
Vigencias	Valor
2006	75,5
2007	97,0
2008	267,0
2009	334,0
2010	350,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.123,5</b>

*Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social*

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

**Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias:** Para garantizar la atención integral en salud en situaciones de urgencia, emergencia o desastre, se requiere el fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias, para lo cual es necesario mejorar la capacidad de respuesta de las entidades prestadoras de servicios de salud, garantizando una adecuada dotación de equipos médicos para servicios como los de urgencias, reanimación o cuidado intermedio e intensivo, el fortalecimiento de la red de comunicaciones y una red funcional de transporte de pacientes aéreo o terrestre.

Con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud especializados de la población con dificultades de acceso a dichos servicios el Ministerio promueve la prestación de los servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina, con el fin de contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, la capacitación del recurso humano, la disminución de costos, el mejoramiento de la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud en las regiones del país.

Por lo antes señalado, se realiza Fortalecimiento a la Red Nacional de Urgencias en cualquiera de sus componentes: comunicaciones, dotación con equipos, transporte (aéreo, terrestre, fluvial, marítimo de pacientes) y prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, con lo que se pretende mejorar la respuesta de la red hospitalaria ante situaciones de Urgencia, Emergencia o Desastre y desde luego, garantizar mejores escenarios para la Prevención y Atención de los Accidentes de Tránsito, de los Eventos Catastróficos o Terroristas.

**Proyecto Colombiano para el Manejo de Trauma Cerebral:** El Trauma Craneoencefálico es un problema que afecta principalmente a las personas más jóvenes y en plena capacidad productiva, muchas de ellas mueren y otras quedan con secuelas permanentes de acuerdo a la severidad de las lesiones. Esta problemática requiere de soluciones que permitan un mejor desempeño de los hospitales de la Red Nacional de Urgencias en el manejo del Trauma Cráneo Encefálico severo.

Teniendo en cuenta los problemas planteados, el Ministerio promovió la instalación del un programa interactivo TBI-trac y la asesoría permanente en el manejo de pacientes con trauma craneoencefálico severo en 6 hospitales de III nivel incluida una IPS del Instituto de Seguros Sociales (Clínica San Pedro Claver).

**Cuadro No. 65**  
**Proyecto Colombiano para el Manejo de Trauma Cerebral**

Vigencia	Pacientes Atendidos
2006	251
TOTAL	251

*Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social*

**Componente Dotación de Equipos Unidades de Cuidado Intensivo (III FASE):** Parte de los recursos asignados al Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias en esa vigencia, se dedicaron a la dotación de servicios de cuidado intensivo del país.

Esta inversión corresponde a la tercera fase de dotación de los servicios de cuidado intensivo del país y en la distribución de los recursos, se tuvo en cuenta la importancia de la Institución dentro de la Red departamental o distrital de servicios de salud, el recurso humano para su adecuada utilización, los niveles de ocupación de estos servicios, y algunos de los hospitales ubicados en las Zonas de Rehabilitación.

La ejecución de los recursos se esta haciendo a través de convenios suscritos con los prestadores de servicios y como parte de sus obligaciones está la demostración efectiva de atenciones a población vinculada o población afiliada a régimen subsidiado en actividades por fuera de POS y que será auditada por las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

**Guías para el Manejo de Urgencias:** Parte de los recursos asignados al Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias se dedicaron un nueva versión de la Guías

para la Atención de Urgencias cuyo lanzamiento oficial se hizo el pasado 11 de diciembre.

En la vigencia 2008-2009 se editaron la Guías de Atención Médica de Urgencias para distribuir a las entidades territoriales de salud del país, las universidades que tienen programas académicos de formación en salud y personal de salud que atiende los servicios de urgencias. Adicionalmente se elaboraron las Guías de Salud Mental en Emergencias y Desastres, material con el que se espera mejorar la respuesta sectorial.

**Prestación de Servicios Bajo la Modalidad de Telemedicina:** Las acciones desarrolladas en Telemedicina, transporte aéreo medicalizado, son de resaltar en el Ministerio de la Protección Social. Entre julio de 2008 y mayo de 2009, este Ministerio garantizó la continuidad en la prestación de servicios de salud bajo esta modalidad en las 60 instituciones prestadoras de servicios de salud correspondientes a la primera fase del Programa iniciado en 2007 y ampliado en 30 instituciones más. En total este programa beneficia a 20 departamentos con recursos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), y se desarrolla a través de los siguientes Centros de Referencia: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Caldas y Fundación Cardiovascular de Colombia. Se destaca el apoyo del Programa COMPARTEL del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, que proporciona la conectividad para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En la vigencia 2008 se realizaron 6.391 atenciones bajo la modalidad de telemedicina básica y se atendieron 806 pacientes a través de tele cuidado Intermedio (teleUCI). En 2009 fueron realizadas 3.491 atenciones bajo la modalidad de telemedicina básica, se atendieron 1.790 pacientes en la modalidad de tele cuidado intermedio (TeleUCI) y se realizaron 5.404 actividades en Tele ayudas diagnosticas, lo que representa un incremento en la cobertura, oportuna y con calidad, de servicios especializados a población de lugares apartados de la geografía Colombiana; y una disminución de las remisiones a instituciones de salud de ciudades capitales, y de los costos de atención para el sistema de salud.

**Cuadro No. 66**  
**Prestación de Servicios Bajo la Modalidad de Telemedicina**  
**(Tele básica - Tele UCI Intermedia)**

Vigencia	Departamento	Numero de IPS	Valor (Millones)
2007	10	60 Instituciones - ModalidadTelebasica	10.0000
	10	11 Instituciones- Modalidad Teleuci	
		Dotación de equipos y ambulancias	
2008	11	30 Instituciones – Modalidad Telebasica	3.500
	2	2 Instituciones. Modalidad Teleuci	
		Dotación de equipos y ambulancias	
2009	18	50 Instituciones- Modalidad Telebasica	33.596
	16	20 Instituciones- Modalidad Teleuci	
		Dotación de equipos y ambulancias	
TOTAL			47.096.600

Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social

**Transporte de pacientes (aéreo, terrestre, fluvial, marítimo):** Se consolidó una alianza entre el Ministerio de Defensa Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana, la Agencia Logística de las Fuerzas Militares y el Ministerio de la Protección Social, que tiene como propósito principal ofrecerle al país, a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la ciudadanía en general, un transporte aéreo medicalizado con calidad, componente esencial de la Red Nacional de Urgencias. El servicio pretende no sólo garantizar el acceso de la población a los centros especializados o el traslado entre hospitales, sino también la atención de emergencias y desastres, la remisión de equipos, insumos y recurso humano especializado y el transporte urgente de órganos con destino a un trasplante.

A partir de los recursos para el Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias de las vigencias 2008 y 2009, se dispusieron de \$43.500 millones para la compra de cuatro aeronaves y la logística necesaria para ofrecer un servicio de Traslado Aéreo Medicalizado, además se cuenta con la construcción y dotación del Centro de Recuperación de Personal y la adquisición y dotación de equipos para las unidades de salud ubicadas en diferentes puntos del territorio nacional, que apoyan la respuesta en la atención médica para la población.

Para contribuir al logro de los objetivos propuestos, en el año 2009, se contó con la adición de \$1.000 millones para fortalecer la dotación del Centro de Recuperación de Personal, la adquisición de una ambulancia medicalizada y la medicalización de dos aviones adicionales.

## **2.9 Proyecto Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Apoyo Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia – (Subcuenta de Solidaridad - Fosyga):**

**Cofinanciación de la Atención de Eventos de Trauma Mayor por Violencia:** El Acuerdo 64 del 1 de julio de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció las prioridades para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA provenientes del impuesto social a las armas, y destinó recursos a la realización de contratos con diferentes instituciones en el ámbito nacional para la atención de los eventos asociados a la violencia que generen trauma mayor de población pobre no afiliada al régimen subsidiado, o a los afiliados al régimen subsidiado con este tipo de patologías, si no están cubiertos por el POS-S.

Igualmente, el Acuerdo 64, establece como zonas prioritarias para la asignación de recursos las siguientes:

- » Zonas de conflicto armado.
- » Regiones con mayor frecuencia de lesiones intencionales que causen discapacidad, morbilidad y mortalidad.
- » Zona de Urabá, el Valle Medio del Río Magdalena y el Distrito Capital.

Se fortalecieron durante el periodo 2006 – 2010 a las IPS a través de convenios y transferencias con recursos destinados a la cofinanciación de la atención en salud a cargo de las entidades territoriales de los pacientes afectados por eventos de trauma mayor por violencia que permita la atención que corresponda al tratamiento integral de las patologías resultantes de estos eventos, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud definidas por el Ministerio para esta atención.

**Cuadro No. 67**  
**Cofinanciación de la Atención de**  
**eventos de Trauma mayor por Violencia**

Millones de pesos

VIGENCIAS	INSTITUCIONES BENEFICIADAS	VALOR
2006	19	2.700,0
2007	14	2.835,0
2009	15	3.372,6
TOTAL	48	8.907,6

*Fuente: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social*

## 2.10 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del Orden Nacional

### Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Desde el año 2006, el Direccionamiento Estratégico, ha tenido como eje central la búsqueda de la excelencia para responder a las necesidades y expectativas del usuario. Con un enfoque en promoción de la salud, prevención, diagnóstico y recuperación de la enfermedad cutánea, soportado en la docencia e investigación. El 85% de nuestros usuarios son referidos “voz a voz” reflejando así el reconocimiento de marca por la comunidad. También hemos traspasado las fronteras de Televisión Educativa y Cultural Iberoamericana.

Los principios orientadores han sido la base filosófica del proyecto pedagógico, para conformar el sistema de valores corporativos, el cual se centra en la autoconstrucción y el autocontrol y se dinamiza a través del modelo de competencias: técnicas y medulares (significado-relación-aprendizaje-cambio). Esto permitió conformar un equipo de “asociados de valor” idóneo. Como resultados de encuestas bianuales de clima organizacional del período comprendido 2006-2010 se obtuvo un incremento del índice de satisfacción laboral que paso del 92.7% en el 2007 y hoy se ubica en el 98,6%

Entre las mejoras y logros en los servicios asistenciales, a partir del cuarto trimestre de 2009, el Centro Dermatológico cambio el modelo asistencial y empezó a tener presencia de todas las sub-especialidades dermatológicas, efectuó renovación de equipos en laboratorio clínico y fisioterapia, suscribió el convenio interinstitucional con el INVIMA y promovió algunos dermatólogos de planta en funciones de Coordinación.

Los indicadores de gestión de calidad y de servicio del Centro muestran resultados favorables, como la satisfacción del usuario situándose en el 98,2% con relación a la meta establecida del 95%.

El indicador de oportunidad de la cita es complejo y se conforma con el libre juego de la oferta y la demanda de los servicios prestados por el Centro Dermatológico, los cuales están catalogados como no POS, y han ido creciendo en la medida que los pacientes los utilizan sin acudir a las EPS, planes complementarios o medicinas prepagadas.

Los indicadores de gestión y calidad se muestran en los siguientes cuadros:

**Cuadro No. 68**  
**Indicadores de Gestión de Calidad**  
**Julio 2006- Mayo 2010**

Indicador	2008	2009	2010
Evaluación Promedio de la Historia Clínica	92,4 / Meta 90	92,9 / Meta 90	90 / Meta 90
Tutelas o Demandas por Fallas en el Servicio	0	0	0
Oportunidad de Respuesta a las Manifestaciones del Usuario	2,6 días/ Meta: 3 días	3 días/ Meta: 3 días	2,9 días/ Meta: 3 días

*Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta*

**Cuadro No. 69**  
**Indicadores de Gestión del Proceso de Servicio**  
**Julio 2006- Mayo 2010**

Indicador	Resultado	Meta
Oportunidad de la Cita (días)	15,6	15
Tiempos Promedio de Atención en Cajas (minutos)	8	20
Cumplimiento Promedio del Laboratorio (%)	100	100
Satisfacción del Usuario (%)	98,2	95

*Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta*

## Instituto Nacional de Cancerología

Desde 2002 el INC ha desarrollado un proceso estructurado de cambio denominado **“FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL INTEGRAL COMO MEDIO PARA HACER FRENTE AL DESAFÍO DEL CÁNCER EN COLOMBIA”**

Se adaptaron las condiciones institucionales para hacer frente al enorme reto que plantea el control integral del cáncer en Colombia en los próximos decenios para atender la demanda prevista de las próximas generaciones.

Este proceso de cambio ha sido generado a partir del conocimiento que tenía el Instituto y la experiencia institucional acumulada durante las siete y media décadas anteriores.

Este cambio organizacional tendrá impacto social porque le permitirá al Estado Colombiano estar preparado con el conocimiento, la experiencia y la tecnología para afrontar el cáncer en un contexto global, con un enfoque de equidad. El cambio del INC se fundamentó en:

- » El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial.
- » De acuerdo con la OMS, en el año 2007 esta enfermedad cobró la vida de 7.9 millones de personas en el mundo.
- » Las defunciones por cáncer equivalieron aproximadamente al 13% de las defunciones mundiales durante 2007.
- » Se prevé que seguirán aumentando hasta llegar a unos 14 millones anuales en 2030.
- » El 80% de las defunciones ocurridas en 2007 ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos.

- » Los principales tipos de cáncer que aportaron a las defunciones antes mencionadas fueron los de pulmón (1,4 millones), estómago (866 mil), hígado (653 mil), y colon (677 mil).

El redireccionamiento, marca la pauta para un despliegue estratégico enfocado a proveer herramientas, que garanticen el cumplimiento de una gestión integral proyectada, que permita direccionar la entidad hacia un sistema viable social, financiero y económico. La metodología utilizada fue:

- » Planeación de proyectos, orientada por objetivos y resultados.
- » Diagnóstico institucional (lluvia de ideas, DOFA, encuesta empresarial).
- » Identificación de factores claves de éxito.
- » Identificación de políticas.
- » Estructuración de la Plataforma Estratégica: misión, visión, principios y valores.
- » Estructuración del Plan de Desarrollo por líneas, componentes o perspectivas de gestión.
- » Estructuración de la gestión de procesos dentro del marco del sistema de gestión de la calidad

El proceso de fortalecimiento institucional integral del Instituto implicó:

5. Visualizar un horizonte de planeación de largo plazo.  
Visión de una gestión de ocho años

La clave fue fortalecer la **planeación institucional**

- » Plan de Inversiones de mediano y largo plazo
- » Formulación de proyectos de inversión
- » Formulación de políticas

Para el desarrollo de la planeación estratégica desde el año 2002, el Instituto ha desarrollado 3 planes de desarrollo:

**Primer Plan de Desarrollo Institucional (2003 – 2006):** Se “organizó la casa”, es decir, estabilizó la gestión administrativa y financiera.

**Segundo Plan de Desarrollo Institucional (2006 – 2008):** Se inició la **ejecución de los proyectos clave**, posiblemente únicos en el sector salud, en el país, y en América Latina, tal como el reforzamiento estructural y reorganización médico arquitectónica, el diseño y puesta en marcha del sistema de información SAP/R3, la adquisición e innovación tecnológica y la definición de un Modelo de Control del Cáncer en Colombia, entre otros proyectos relevantes, y se convirtió en un medio para lograr la viabilidad, **la sostenibilidad y la continuidad** del Instituto en el tiempo.

**Tercer Plan de Desarrollo Institucional (2009 – 2011):** Este plan es la transición entre una gestión administrativa de medios y una que permita salir de los muros del Instituto y proyectarse hacia el país, trascendiendo la prestación de servicios asistenciales como un hospital, y logrando un manejo integral del cáncer para el Siglo XXI.

El Tercer Plan de Desarrollo Institucional se ha venido ejecutando a partir de un **enfoque de gestión por procesos**, articulación de los modelos:

- » MECI
- » Sistema de Gestión de la Calidad
- » Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

El proceso de planeación que se inició en el Instituto en el año 2002, partió de identificar las tres (3) formas mediante las cuales la ciencia médica trata el cáncer:

- » Cirugía
- » Quimioterapia (uso de medicamentos) y
- » Radioterapia (aplicación de radiación en las regiones tumorales).

Con estos antecedentes, se diagnosticó la situación existente para cada uno de estos servicios, evidenciando que era indispensable apoyar la labor misional antes mencionada con el fortalecimiento de tres grandes pilares:

- » Un sistema de información robusto,
- » Una infraestructura adecuada a las necesidades, y
- » La renovación y reposición tecnológica de los equipos biomédicos

Por lo anterior, se definió una estrategia de acción orientada a reforzar cada uno de los ejes de tratamiento y diagnóstico del cáncer, antes mencionados, con un enfoque orientado al usuario de los servicios del Instituto.

Es de destacar que se ha logrado la financiación total de este proyecto con recursos propios del Instituto, generados a partir de ahorros operacionales y excedentes financieros, obtenidos por la entidad en el pasado, gracias a la gestión de las administraciones anteriores.

### Resultados de la gestión

En los últimos años el Instituto ha evolucionado su razón de ser enfocándola hacia el “**Control Integral del Cáncer**” estableciendo su misión, visión y principios fundamentales que dentro del redireccionamiento estratégico conserva la esencia de su que hacer en la atención de enfermos con cáncer.

La contribución del Instituto en el fortalecimiento de las políticas públicas en salud esta enfocada en el diseño y desarrollo de productos y servicios de carácter oncológico, para lo cual desarrolla proyectos encaminados al fortalecimiento organizacional que den cumplimiento a su razón de ser “el control integral del cáncer”. Dentro de los proyectos se puede destacar la ejecución de proyectos para el fortalecimiento de la investigación en oncología, el desarrollo de programas en salud pública, el reforzamiento y reordenamiento estructural, y el fortalecimiento de su sistema de gestión mejorando la calidad en la prestación de sus productos y servicios. Adicionalmente el desarrollo de programas de educación formal en convenio con universidades públicas y privadas para la formación de profesionales en el área de la salud en especialidades oncológicas permite complementar la política pública del control del cáncer. Por último, pero no menos importante la prestación de servicios especializados en neurocirugía por neuronavegación esterotáxica; braquiterapia ocular; radioterapia con intensidad modulada (imrt); braquiterapia de próstata; braquiterapia alta (iridium) tasa (cesium); radio cirugía; radiación de productos sanguíneos con propósito de tratamiento; perfusión aislada de miembro con melfalan; cirugía de mohs; trasplante autólogo de medula ósea (tamo); estudios de hematología especial; estudios de inmuno genética; estudios de inmunohistoquímica y receptores hormonales.

El Instituto desarrolla diferentes proyectos en Pro del mejoramiento continuo de sus usuarios y clientes que abarcan el mejoramiento de la infraestructura física, el mejoramiento de la gestión institucional, la investigación, y el desarrollo de programas de vigilancia promoción y prevención para el control del cáncer; el desarrollo de estos proyectos se describen a continuación.

### Desarrollo del Proyecto de Reordenamiento y Reforzamiento Estructural

Se han realizado inversiones en: **infraestructura física, reforzamiento y reordenamiento estructural incursionando en un nuevo sistema** “Polímeros reforzados con fibras (FRP)”, que permite construir obras más limpias, con poco ruido y menor vibración, disminuyendo costos de inversión y el traumatismo frente a la prestación de servicios, convirtiéndose en una opción viable como ejemplo para otras instituciones de salud en Colombia en alternativas de reforzamiento estructural y modernización institucional.

Utilizando como filosofía fundamental el mejoramiento continuo de los procesos institucionales, el Instituto ha dado continuidad al proyecto de reordenamiento y reforzamiento estructural, mejorando sus instalaciones para dar más apoyo a sus servicios misionales, para lo cual ha realizado remodelación en varias habitaciones de hospitalización, Radioterapia, el auditorio y la biblioteca, la zona de admisiones, el laboratorio de patología, imágenes diagnosticas, la cafetería para usuarios y el comedor para funcionarios, ha puesto en funcionamiento modernas salas de cirugía y recuperación, también ha puesto en servicio la portería de la calle primera, la portería de la carrera novena; y la nueva farmacia en un esfuerzo para mejorar la atención a sus usuarios; de la misma manera se ha trabajado en el reforzamiento estructural de las instalaciones del instituto.

### Desarrollo de la Gestión Asistencial.

#### Programas

En el área de oncología clínica se dio al servicio un sistema de atención denominado **Hospital Día**, concepto que reunió áreas físicas adecuadas para adultos y niños, preparación y dosificación de medicamentos, consulta médica y de enfermería en una sola área para el manejo de quimioterapia de pacientes ambulatorios.

**Rehabilitación integral** con el objeto de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, sus familiares y/o ciudadanos que ingresan al Instituto.

**Salud Sexual y reproductiva** con el fin de brindar orientación de las pacientes en edad fértil (15 a 45 años) en los componentes que forman parte del programa (cáncer y embarazo, cáncer y fertilidad y sexualidad y cáncer).

#### Centros de excelencia:

**Medicina Nuclear Molecular.** Se ha estructurado como centro de excelencia que trabaja con técnicas anatómicas, diagnósticas y terapéuticas, con el fin de entender mejor los procesos biológicos bajo condiciones normales de la enfermedad.

**Tumores Neuroendocrinos.** Se ha conformado un centro de excelencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con TNE, con el fin de aumentar su supervivencia y mejorar su calidad de vida. Que sirva de modelo para generar políticas de atención del cáncer en el país.

#### Centro de Referencia para la Atención del Niño con Cáncer.

Se ha desarrollado el modelo de atención del niño con cáncer en el Instituto Nacional de Cance-

rología, con el fin de mejorar la gestión para reducir la tasa de abandono del paciente pediátrico, reducir la tasa de muertes tóxicas, implementar el registro de cáncer pediátrico en el INC y poder desarrollar el programa de oncología pediátrica del INC como modelo nacional para el cuidado del niño con cáncer.

### Patología Molecular

Se ha iniciado la implementación del proyecto, buscando integrar las diferentes técnicas de biología molecular, genética, informática junto con las ya existentes inmunohistoquímica, histoquímica, citometría de flujo, citología, histotecnología codificación y base de datos a partir de los especímenes enviados a patología, líquidos corporales, citologías exfoliativas, por drenaje, borbotaje o aspiración, biopsias por congelación, biopsias, especímenes quirúrgicos, sangre para citometría, mielogramas utilizando profesionales en diferentes disciplinas, técnicos en diferentes disciplinas bajo manuales y recomendaciones de buenas prácticas cuyos resultados sean reconocidos por la comunidad científica médica mundial e inciden en la clínica: diagnóstico, pronóstico, indicador de terapia, entorno familiar entorno ambiental puedan ser reproducibles, bajo estrictos indicadores de calidad, que además sirvan de base para investigación, docencia y biobanco.

**Cuidado Paliativo** como servicio que extiende atención hospitalaria hasta el domicilio o lugar temporal de residencia del paciente.

### Adquisición y renovación de tecnología biomédica

**Radioterapia:** El Instituto ha obtenido avances significativos a nivel de tecnología biomédica (teleterapia, braquiterapia, simulador convencional a scanner, Radiocirugía, braquiterapia ocular, radioterapia convencional 2d a conformal 3d con técnicas de IMRT y IGRT únicas en el país, con nuevos acelerador, Radioterapia intraoperatoria, próxima a darse inicio).

**Renovación del área de Imágenes Diagnósticas,** tanto en el área física como tecnológica, introduciendo la resonancia magnética, angiografía, TAC multicortes, ecógrafos de cuarta generación, digitalización de imágenes en el nuevo sistema de información, eliminando las placas convencionales, adecuación de modernas áreas de **patología** con nueva tecnología acorde al nivel requerido.

### Fortalecimiento de la Gestión de Investigaciones

En Colombia la incidencia y mortalidad del cáncer se constituye como un problema de salud pública que ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el país, en este orden de ideas Colombia ha centrado sus esfuerzos en la prevención del cáncer haciendo uso de técnicas y estrategias utilizadas en países desarrollados, esfuerzos que no han logrado los resultados esperados. Por esta razón el Instituto ha centrado sus esfuerzos en investigación en comprender cual es el comportamiento de la enfermedad en nuestro medio, para lo cual ha definido líneas de investigación que permiten identificar las causas de la enfermedad, métodos efectivos de control, planes y políticas de prevención, para lo cual ha definido las siguientes líneas: etiología del cáncer; carga de cáncer; investigación en servicios oncológicos; actuar político y cáncer; diagnóstico y tratamiento del cáncer; mecanismos celulares y moleculares del cáncer; control de riesgo y detección temprana y aspectos psicosociales del cáncer. Las líneas de investigación han definido el actuar del Instituto frente al desarrollo de los proyectos orientados a la prevención y control del cáncer; dentro de los avances podemos destacar:

### **Vacuna contra el virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de cuello uterino**

Se realizó el cierre del ensayo clínico para evaluación de eficacia de la vacuna en mujeres jóvenes y se continúa en desarrollo del ensayo clínico para evaluar la eficacia de la vacuna en mujeres de edad media. La vacuna desarrollada por la compañía Merck, Sharp & Dome fue aprobada por el INVIMA para uso en mujeres de 9 a 26 años. El Instituto organizó junto con la Universidad de Antioquia un evento científico de proyección internacional con el fin de difundir el conocimiento necesario para el adecuado uso de esta vacuna en las mujeres colombianas. De igual forma publicó un documento en donde expresa la posición del Instituto respecto a la introducción de la vacuna en Colombia, que se espera sirva de guía para los actores del sistema.

### **Ley para control del tabaquismo en Colombia.**

En desarrollo de los temas de políticas de movilización, dentro de la línea de investigación institucional “Actuar Político Y Cáncer”, el Instituto como resultado de sus funciones de asesoría en salud pública para el Ministerio De La Protección Social, desarrollo la Ley 1335 para el control del tabaquismo, la cual centra sus esfuerzos en el control de la publicidad y promoción del tabaco, los espacios libres de humo, el empaquetado y etiquetado, la prohibición de venta al menudeo, prohibición de venta en máquinas expendedoras, y la educación y comunicación de los efectos del tabaco en la salud humana.

### **Publicación del Manual de Agentes Carcinogénicos de interés Ocupacional para Colombia.**

Se publicó este documento, que facilita el diseño de actividades de prevención del cáncer en los ambientes laborales y la clasificación de origen de los casos de cáncer que surgen en la población trabajadora. El documento es un producto del estudio “Cáncer Ocupacional en Colombia”.

### **Sistema de Gestión de la Tecnología**

En la búsqueda de una ventaja competitiva soportada en la innovación tecnológica se ha desarrollado el Sistema de Gestión de la Tecnología, para lo cual en Instituto ha iniciado la incorporación de los resultados de este proyecto a los procesos institucionales los componentes de evaluación de la tecnología, y vigilancia tecnológica; con el ánimo de mejorar la incorporación y la utilización de la tecnología existentes como un método para la optimización de sus recursos tecnológicos en búsqueda del desarrollo institucional.

### **Resultados de Estudios de Investigación**

Como resultado de los estudios de investigación adelantados por el Instituto es de destacar la publicación de la primera patente institucional, esta patente se obtuvo para el “Método de cuantificación de variantes de VPH 16”. Adicionalmente ha desarrollado la Guía de práctica clínica para el manejo de Leucemia Linfocítica Aguda en menores de quince años; y la Guía de práctica clínica para el tratamiento adyuvante con Hormonoterapia en cáncer de mama. Como estrategia para la divulgación del conocimiento se han fortalecido las publicaciones en la Revista Colombiana de Cancerología, y en publicaciones indexadas y no indexadas.

### **Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia**

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia presta los servicios de salud a pensionados y sus familias, de la extinta Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia ubica-

dos en dieciocho (18) departamentos y residentes en setenta y seis (76) municipios. Durante el cuatrienio 2006 – 2010, se observa una disminución del 9.7%, que corresponden a las novedades de desafiliación (vencimiento de requisitos), en mayor proporción y retiros por fallecimiento del cotizante.

**Cuadro No. 70**  
**Población Beneficiada a Nivel Nacional**  
**2006 – 2010**

Usuarios Afiliados	2006	2007	2008	2009	2010 (Febrero)
Ferrocarriles Nacionales de Colombia	62.122	60.321	58.301	56.601	56.068

*Fuente: FPS – Subdirección de Prestaciones Sociales - Afiliaciones y Compensación 2006-2010*

### Actividades

Para el cumplimiento de su Misión en la prestación del servicio de salud a los beneficiarios, se tiene contratados los servicios con IPS que cubren los 76 municipios, efectuando Auditorías Médicas en las diferentes fases de la prestación de los servicios, con seguimiento permanente a la ejecución de los contratos por parte de médicos auditores, fortaleciendo las veedurías y adelantando comités locales y regionales de evaluación de servicios de salud con participación de los veedores.

### Prestación de Servicios de Salud como (Entidad Adaptada):

Durante el período 2006 al 2009, los usuarios del FPS, asistieron 5,01 veces promedio a consulta de medicina general y 2,39 veces promedio a consulta de medicina especializada. De igual manera se observa que estas consultas generan 74,92 medicamentos promedio durante este período, 7,47 exámenes de laboratorio. El promedio de atenciones de urgencias corresponde a 0,72 y las hospitalizaciones 0,18, como se observa en el cuadro siguiente:

**Cuadro No. 71**  
**Actividades Asistenciales del Servicio de Salud**  
**2006 – 2009**

Servicio	Promedio por Usuario %				
	2006	2007	2008	2009	Promedio
Medicina General	4,16	4,72	6,27	4,89	5,01
Medicina Especializada	2,8	3,45	3,00	3,29	2,39
Odontología	1,25	1,37	1,6	1,28	1,38
Urgencias	0,57	0,74	0,82	0,76	0,72
Medicamentos	67,4	108,9	57,82	65,57	74,92
Laboratorio	5,45	7,1	8,5	8,82	7,47
Cirugía	0,06	0,07	0,05	0,06	0,06
Cirugía Programadas		0,07	0,09	0,09	0,06
Procedimiento Diagnostico		2,79	2,13	2,91	1,96
Hospitalización	0,13	0,18	0,22	0,19	0,18

*Fuente: Datos estadísticos remitidos por las IPS contratadas por el FPSFCN*

### Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Prestación de Servicios de Salud

Para dar cumplimiento a este objetivo se realizaron diferentes actividades entre las que se destacan:

**Cuadro No. 72**  
**Actividades de Calidad en Prestación de Servicios de Salud**  
**2006 – 2009**

Actividades	2006	2007	2008	2009	Total
Visitas de Auditoria	1.393	956	2260	2551	7.160
Comités de Evaluación	195	98	225	169	687
Quejas y Reclamos	1.099	746	881	1172	3.898

*Fuente: Grupo Interno de Trabajo Gestión de Salud*

Para el período 2006 – 2009, se efectuaron 7.160 visitas de auditoría a las Instituciones prestadoras de los servicios de salud ubicadas en 76 municipios, en cumplimiento a lo pactado en los respectivos contratos celebrados para la prestación de dichos servicios a los afiliados pensionados ferroviarios, portuarios y sus familiares. Se llevaron a cabo 687 Comités Regionales y Locales, evaluando la accesibilidad, calidad y oportunidad en dicha prestación, efectuando los correctivos cuando se hizo necesario.

### Sanatorio de Contratación

En cumplimiento de su objeto social, la entidad en la vigencia 2009 – 2010 prestó servicios de salud de baja complejidad a los enfermos de lepra y a la población en general.

En lo que respecta a la atención del programa de Hansen, durante el periodo 2006-2010 se diagnosticaron trece (13) casos de lepra, se asignaron ciento setenta y ocho (178) subsidios de tratamiento de lepra, en relación la prestación de servicios de primer nivel a los pacientes de enfermos de lepra albergados y residentes en el municipio de Contratación Santander y población en general afiliada a EPS y ARS con presencia en el municipio de Contratación E.S.E así:

**Cuadro No. 73**  
**Prestación de Servicios Programa Hansen**

SERVICIO	2006	2007	2008	2009
Consulta externa	2.908	2.707	2.933	1.529
Consulta urgencias	118	117	333	139
Servicio hospitalización	118	132	181	205
Procedimientos odontológicos	294	287	429	127
Laboratorio clínico (exámenes)	1.951	2.395	2.977	3.109
Terapia física	4.020	4.545	4.746	3.073
Terapia respiratoria	120	66	51	27
Servicio de ambulancia	18	19	21	79
Pacientes curación diaria de úlceras crónicas pacientes de Hansen	125.303	152.407	102.543	94.096
Supervisión a pacientes en tratamiento activo	19	11	23	21

*Fuente: Sanatorio Contratación*

**Cuadro No. 74**  
**Prestación de Servicios Población en General**

SERVICIO	2006	2007	2008	2009
Consulta externa	8.545	7.711	7.626	7.281
Consulta urgencias	914	1.132	1.754	1.743
Servicio hospitalización	171	190	207	311
Procedimientos odontológicos	3.868	6.723	5.805	6.059
Laboratorio clínico (exámenes)	9.867	8.937	9.754	11.851
Terapia física	869	890	1.150	1.930
Terapia respiratoria	70	39	0	39
Servicio de Ambulancia	84	138	185	289

*Fuente: Sanatorio Contratación*

Se alcanzó una cobertura del 100% en la demanda de servicios de baja complejidad, tanto a nivel de programa lepra como de población en general.

La entidad en este periodo, canceló un promedio mensual de 930 subsidios de tratamiento para la enfermedad de Hansen, de los cuales 453 corresponden al municipio de Contratación y los restantes a residentes en 127 municipios del resto del país. En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello presta el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a Noventa y cuatro (94) enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad durante el cuatrienio.

En procura de la rehabilitación psico-social se ofrecieron a los enfermos de lepra residentes en Contratación cursos de capacitación en tejido de fique y alfabetización y en convenio con el SENA, eventos de capacitación y formación en producción sostenible en proyectos productivos como horticultura y piscicultura beneficiándose catorce (14) pacientes enfermos de lepra.

Durante el período de la referencia, se ejecutaron acciones de promoción y prevención de la salud así: Programa Ampliado de Inmunización PAI, Programa de Detección Temprana de Crecimiento y Desarrollo, Programa de Detección Temprana en las Alteraciones del Joven, Programa de Detección Temprana en las Alteraciones del Adulto, Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, Detección de Alteraciones de Planificación Familiar, Detección Temprana de Alteraciones de CA de Cérvix.

De otra parte, la entidad tiene como meta SIGOB obtener la certificación de calidad en la vigencia 2010, por tanto se centra en etapa de preparación para dicho proceso. Durante el periodo 2006-2010 se adelantaron los procesos de planeación e implementación del sistema de gestión de la calidad, la armonización del Sistema de Gestión de Calidad, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno.

En lo atinente a la infraestructura física hospitalaria y tecnológica, el Sanatorio de Contratación en procura del mejoramiento de la calidad de vida de los albergados, realizó la optimización de la planta física del edificio Carrasquilla para efectuar el traslado del albergue de hombres, en atención a una solicitud del Grupo de Vigilancia y control de la Secretaria de Salud de Santander, gestionó y viabilizó y ejecutó el proyecto de adquisición de una ambulancia tipo TAB, completamente dotada, mediante la cofinanciación con el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Salud de Santander y se alcanzó la renovación del 100% del equipo de cómputo, se

adquirió e implemento un software para integrar las áreas administrativas y financieras; en procura de la mitigación de riesgos por deterioro del medio ambiente, se implementó el programa de manejo integral de residuos sólidos hospitalarios, con la dotación de equipo (archivo rodante) para las áreas de archivo de gestión de historia clínicas y talento humano.

De manera complementaria como estrategia de mejoramiento de la calidad del Talento Humano, durante las vigencias comprendidas 2006-2010, se ejecutaron planes de capitación, bienestar social e incentivos, con alcance a todos los funcionarios de la entidad, logrando un mejoramiento significativo en clima laboral y desempeño de funciones, para esta ejecución se adelantaron convenios con al ESAP y el SENA, alcanzando un cobertura del 100% de funcionarios beneficiados con programas de capacitación durante cada vigencia del cuatrienio 2006-2010.

### Sanatorio de Agua de Dios

El portafolio fundamental se centró en las actividades de Primer Nivel de Atención.

Así, las actividades básicas se centraron específicamente en Atención de Medicina General Ambulatoria, Hospitalización de Bajo riesgo, Atención de Urgencias de Menor Complejidad, Odontología General, Laboratorio Clínico Básico, Radiología y Fisioterapia.

A pesar de las características de los pacientes albergados, de los enfermos de Lepra y del mercado general de Agua de Dios, no se pudo contar con especialidades básicas para brindar una atención integral al paciente como son Psiquiatría, Psicología, Ortopedia y Dermatología.

Estos Servicios de Salud fueron habilitados ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca en la vigencia 2009.

- » Urgencias
- » Hospitalización
- » TAB
- » Medicina general
- » Odontología general
- » Promoción y prevención
- » Atención domiciliaria
- » Procedimientos menores
- » Laboratorio clínico
- » Rayos X
- » Farmacia
- » Terapia física
- » Esterilización

### Cuadro No. 75 Actividades Asistenciales de los Servicios de Salud

ACTIVIDAD	CANTIDAD				
	2006	2007	2008	2009	2010 (marzo)
Consulta médica General	10.106	11.303	16.123	17.137	2.687
Consulta médica de Urgencias	2.813	3.697	5.350	13.230	1.872
Promoción y Prevención	5.014	8.851	11.918	23.839	3.769
Laboratorio Clínico	10.889	12.907	13.699	15.246	4.418
Odontología	11.361	10.746	10.761	13.230	2.763
Terapia Física	7.987	8.049	7.194	6.274	2.373
Imagenología	991	852	983	1.150	289
Egresos Hospitalarios	312	249	255	178	34

Fuente: Sanatorio Agua de Dios

La población albergada en el sanatorio solo crece por inmigración (pacientes que ingresan) y decrece por defunciones, así el crecimiento vegetativo esta incidido por las defunciones.

### Gráfica No. 12 Población reportada albergada en el Sanatorio de Agua de Dios. Periodo 2002 a 2009



Fuente: Sanatorio Agua de Dios

Con relación al balance demográfico el crecimiento total genera una condición de inestabilidad y dependencia del comportamiento de la patología de Hansen en el país.

Con los datos anteriores se evidencia que es una población estacionaria, dado que no presenta sobresaltos en la serie histórica de los datos de personas y más aún, las proyecciones con los métodos matemáticos demuestran que presenta ese comportamiento.

Esto se presenta dado que la mortalidad es baja, con una inmigración que aporta al mantenimiento de la población, por tanto se debe pensar en una población que envejecerá, y llegará a edades avanzadas, y el proceso de extinción de la cohorte de albergados no es pronto, se esperarí que fuera después de unos 20 años, y dependiendo del comportamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia.

La carga de la Enfermedad de Lepra sigue siendo un problema de salud pública ya que se encuentra por encima de 1 caso por 10.000 habitantes. Durante los últimos cinco años el comportamiento ha sido así;

### Cuadro No. 76 Programa Lepra 2002 – 2009

Año	Incidencia	Prevalencia
2002	6.7 x 10.000 Habt.	38.8 x 10000 Habt.
2003	4.6 x 10.000 Habt.	30.2 x 10000 Habt.
2004	6.5 x 10.000 Habt.	35.2 x 10000 Habt.
2005	8.7 x 10.000 Habt.	27 x 10000 Habt.
2006	4.34 x 10.000 Habt.	29 x 10000 habit.
2007	5.20 x 10.000 Habit.	22.3 x 10000 habit.
2008	3 x 10.000 habit.	20.11 x 10000 habit.
2009	6.78 x 10.000 habit.	17 x 10000 habit.

Fuente: Sanatorio Agua de Dios

### Capacitación a Entes Territoriales

El Sanatorio de Agua de Dios ESE, llevó a cabo actividades de Docencia, Investigación y Capacitación, previamente desarrolladas como actividades del grupo Asistencial, en un grupo de trabajo específico, con el fin de fortalecer el cumplimiento de las funciones relacionadas con estos temas, descritas en la Plataforma Estratégica, tanto en la visión, la misión y en los objetivos, así como las consagrados en los Estatutos de la Empresa y en la Ley.

Se establecieron mecanismos de capacitación para los responsables del programa Lepra a nivel Nacional y TBC y Lepra en Cundinamarca, desde la vigencia 2004 a la fecha. Se han suscrito diferentes convenios con el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

Desde el año 2006 se iniciaron los encuentros de coordinadores de lepra a nivel nacional, realizados en nuestro municipio Agua de Dios, con la participación de delegados de las entidades territoriales, del Ministerio de la Protección Social, de OPS/OMS, de DAHW, de las Universidades y de la Junta Directiva del Sanatorio.

La trayectoria histórica del Sanatorio y el desarrollo del Programa a nivel Nacional requerían que el esfuerzo iniciado con la asistencia técnica a los departamentos a comienzos de esta década, se consolidara para garantizar, entre otras cosas, el cumplimiento de las fases educativas del Programa de Lepra, cuya responsabilidad está consagrada en el artículo 13 de la Ley 148 de 1961.

Del mismo modo, estas actividades demostraron un excelente nivel de aprovechamiento de los recursos institucionales, con una muy buena relación costo efectividad financiera, pues los recursos generados por esta línea superan con amplio margen los requerimientos de rentabilidad ideales, tanto en lo social como en lo económico.

Por último, se debe resaltar que el factor generador primario de todas las actividades de este grupo, es el de mantener la lucha contra el *Mycobacterium leprae* y la carga de la enfermedad que produce en los seres humanos, situación que quedó plasmada en el Plan Estratégico del Programa Nacional de Control de la Lepra 2010 – 2015, en cuyo desarrollo el Sanatorio no será un simple invitado al proceso, sino un protagonista de primera línea. De esta actuación depende en buena medida su futuro desarrollo como escuela de Salud Pública, para participar en el desarrollo de las actividades educativas lideradas por el Ministerio de la Protección Social y por instituciones de nivel Territorial o internacionales.

## Caja de Previsión Social de Comunicaciones Caprecom

### Ajuste modernización de Caprecom como IPS

Cinco momentos o situaciones han sido determinantes en la evolución de la IPS:

- » Amenaza de liquidación de la Empresa.
- » Acuerdo extra convencional firmado con los trabajadores
- » Proyectos de ley para reformar la ley 100 de 1993.
- » Ley 1122 del 9 de enero de 2007 (Reforma de la Ley 100)

#### 2006:

- » **Venta de activos:** se toma la decisión oportuna de entregar activos en dación de pago a proveedores a quienes se les adeudaba.
- » **Liquidación de la ESE José Prudencio Padilla - IPS en Cartagena, Santa Marta y San Andrés:** pasa bajo la administración de Caprecom.
- » **Acta de Condonabilidad:** Caprecom adquiere la propiedad de las dos clínicas mencionadas mediante un crédito condonable de 76 mil millones de pesos, se adquieren compromisos firmando un acta y se presenta una matriz de condonabilidad.
- » **Suscripción de contratos para administración de clínicas de Cartagena y Santa Marta.** Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá para administrar la Clínica Enrique de la Vega y con la Fundación Cardiovascular de Colombia para administrar la Clínica José María Campo Serrano de Santa Marta.

#### 2007

- » Liquidación del Hospital Timothy Britton, pasa a ser administrado por Caprecom.
- » Apertura de EPS en Cartago: En Cartago, la comunidad se dirige al gobierno nacional exigiendo la reapertura de la Clínica Nuestra Señora de La Paz. Caprecom toma en arriendo esta clínica que había sido cerrada por la ESE Antonio Nariño y comienza a prestar servicios de salud
- » Liquidación de la ESE Policarpo Salavarieta y ESE Luis Carlos Galán Sarmiento- Bogotá. pasan a ser administradas por Caprecom.
- » Nuevas IPS Propias a Nivel Nacional: gestionar el desarrollo de la IPS Clínica Quibdo, clínica de Cartago, Bahía Solano, San José del Palmar y 10 IPS más en Chocó).

#### 2008

- » Traslado de pacientes del Hospital Timothy al nuevo hospital departamental de San Andrés.
- » Entrega Clínica ESE Policarpo Salavarieta y CAA por parte de caprecom.
- » Liquidación de la ESE Rita Arango Alvarez del Pino (eje cafetero) y Liquidación de la ESE Francisco de Paula Santander; pasan Bajo la administración de caprecom.
- » Administración transitoria de la ESE Hospital departamental San Francisco de Asis de Quibdó.

- » Liquidación de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Girardot de la ESE Hospital San Juan de Dios de Monpox y de la ESE Antonio Nariño. Quedan bajo la administración de caprecom.
- » Liquidación de la Redehospital de Barranquilla.

Caprecom IPS asume el reto de la prestación de servicios de Salud en distintas ciudades del país. Desde el día 29 de diciembre del 2008, adopta el compromiso, a nivel de la ciudad de Barranquilla, de la prestación de servicios de salud de REDEHOSPITAL, la entidad que entro en proceso de liquidación. Al recibir esta entidad se la encuentra con un déficit financiero bastante importante, con una burocracia laboral muy exagerada y con múltiples inconvenientes con la prestación de servicios a todos sus usuarios.

Se recibieron 41 Centros de Salud de Primer Nivel, 6 Unidades Materno infantiles de 24 Horas, (UMI Playa, Flores, Alboraya, Santa Maria, Juan Mina, Chinita.) dos hospitales de Primer Nivel, un Hospital de Adultos de II nivel y un Hospital de II nivel Pediátrico.

Dentro de este concepto se cambio el modelo de atención planteando, articulando los centros de salud, a los cuales se les denomino Pasos, con la participación de los caminantes de la salud, personas que se encargan de brindar educación en salud y orientar a los usuarios sobre sus derechos y deberes en la atención de salud; estos pasos refieren los usuarios a los Pasos Tipo B (Hospitales de Primer Nivel) donde se brinda asistencia médica, hospitalización de baja complejidad, suministros de medicamentos y realización de estudios básicos de imagenología. De ahí se deriva la atención a los Caminos (Hospitales de 2do Nivel).

Todo este modelo de atención le ha permitido a Caprecom redireccionar la atención de salud a la población aumentando la cobertura en asistencia médica, y en resolución de los estudios y procedimientos que anteriormente se represaban en REDEHOSPITALES, alcanzando niveles de aceptación entre los ciudadanos que consultaron nuestros v servicios.

La Red Pública Distrital de Barranquilla se complementó con la Red Pública Departamental (Hospital Niño Jesús de referencia para Las Flores, San Salvador y Siape y el Hospital CARI) para la atención hospitalaria y quirúrgica de alta complejidad y por la Red privada para las atenciones no disponibles en estos centros.

Adicionalmente los Centros de Atención Médica Integral Oportuna de baja y mediana complejidad se asociaran con Corporaciones, Cooperativas u otras entidades de hospitales que permitan acciones conjuntas.

## 2009

### Hospital de Magangué:

La ESE Hospital Divina Misericordia de Magangué se encuentra intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud. Inicia su operación bajo control directo de Caprecom el 3 de Abril de 2009. Se atiende la población del municipio y de municipios vecinos y de los Departamentos de Sucre y Magdalena, en el segundo nivel de complejidad en los servicios de medicina general, cirugía en especialidades básicas, urgencias, hospitalización, consulta médica ambulatoria general y especializada. Con una capacidad Instalada de 125 camas, de las cuales 76 están habilitadas.

### Hospital Departamental de San Andrés Islas

Ante las dificultades que tiene la Unión Temporal Misión Vital para la adecuada prestación

de los servicios de salud, previa concertación con el Gobierno Nacional y Departamental, se requiere el apoyo de CAPRECOM IPS para la prestación de los servicios de salud en el Hospital concesionado, dada la amplia experiencia de esta entidad.

### **IPS Caprecom Hospital Departamental de San Andrés Isla “Amor de Patria**

El 15 de abril de 2009, CAPRECOM asume el reto de asegurar la prestación de los servicios de salud en el departamento archipiélago ante el inminente cierre del Hospital Departamental de San Andrés Isla y Hospital Local de Providencia.

### **IPS CAPRECOM Hospital Local de Providencia**

Las IPS Hospital Local de Providencia y Hospital Departamental de San Andrés Isla, son administradas por Caprecom desde el 16 de abril del año 2009.

Los servicios con que cuenta en la actualidad el Hospital Local de Providencia son: servicio de urgencias, maternidad, cirugía (jornadas), hospitalización, servicio de laboratorio, servicio de consulta externa, servicio de odontología y servicio de radiología.

### **ESE Hospital San Francisco de Puerto Asís**

CAPRECOM inició con la operación de los servicios de mediana y baja complejidad de la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS del municipio del Puerto Asís, Departamento del Putumayo según el contrato suscrito el quince (15) de noviembre de dos mil nueve (2009) entre la FIDUPREVISORA SA como entidad liquidadora de la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS y CAPRECOM se dio continuidad en la prestación de los servicios de baja y mediana complejidad,

### **Continuidad Gestión Chocó**

Conociendo las limitantes y las necesidades de la población del Chocó, en julio del 2009, Caprecom IPS Chocó y la Organización Panamericana de la Salud OPS, deciden desarrollar el modelo de atención integral en salud a través de la unidades móviles apoyadas desde los prestadores fijos en las cabeceras municipales. Se diseñó una prueba piloto para el establecimiento de un Equipo Móvil de Salud (EMS) en el municipio del Litoral del San Juan, con una población a beneficiarse de 3.459 personas de un total de 12.628, con un total de actividades de 5.136.

### **ESEs Hospital San Vicente de Chucurí y Hospital Integrado la Merced de Zapatoca en Santander.**

Mediante los decretos No. 229 y 075 del 12 de noviembre de 2009, se suprimen las ESES Hospital San Vicente de Chucurí y Hospital Integrado de Zapatoca respectivamente, Caprecom recibe del liquidador Fiduprevisora S. A. el 14 de noviembre de 2009 a las 20 horas atendiendo a la población en el primer nivel de Complejidad completo.

### **ESE Hospital San José de Túquerres**

Mediante el Decreto No.118 del 11 de noviembre de 2009, que ordena la liquidación de la ESE San José de Túquerres, Caprecom recibe del liquidador Set Colombia S. A. el Hospital San José de Túquerres, el 14 de noviembre de 2009 y presta los servicios correspondientes.

## Apertura de IPS

En febrero 9 de 2009 se autorizó la apertura de 11 IPS en los departamentos de Cauca, Putumayo, La Guajira, Puerto Inírida, Amazonas, Atlántico (Soledad), Huila (Neiva ).

## INPEC

CAPRECOM suscribió el Contrato de Aseguramiento con el INPEC No 1172 de fecha del 22 de julio de 2009, encontrándose dentro de sus obligaciones el aseguramiento y la prestación del servicio de salud en los establecimientos penitenciarios y carcelarios a cargo del INPEC, durante el periodo de transición para la implementación del aseguramiento de la población reclusa por la cual se reconoció por los noventa días la población base de 55.000 internos de la UPC diferencial.

Una vez se firma el contrato interadministrativo, se definió entre CAPRECOM y el INPEC el Cronograma de Ingreso a los 35 establecimientos penitenciarios y carcelarios priorizados donde se encuentra el 83% de la población reclusa para un total de 58.300 reclusos en: EC Bogotá, EPAMSCAS Bogotá, RM Bogotá, EPAMSCAS Combita, EPMSC Cúcuta, EPMSC Acacias, EPAMS Dorada, EPMSC Calarcá, EPMSC Cali, EPMSC Girardot, EPMSC Bucaramanga, EPMSC Villavicencio, EPMSC Pitalito, EPMSC Cartagena, EPAMS CAS Popayán, EPAMS CAS Valledupar, EPAMS Girón, EPMSC Florencia, EPMSC Pereira, EPMSC Santa Marta, EPMSC Montería, EPMSC Ibagué, EPMSC Neiva, EPMSC Manizales, EPMSC Barranquilla, EC Barranquilla, EPMSC Medellín, EPAMSCAS Itagüí, CAMIS Acacias, EPMSC BUGA, EPMSC Pasto, EPMSC Sincelejo, EPAMSCAS Palmira, EPMSC La plata, EPMSC Tumaco.

Actualmente la población carcelaria a cargo del INPEC, es de 73.056 personas, según reporte base de datos sistemas de inflación INTEGRAL, que se encuentran reclusos en 141 establecimientos, a los cuales Caprecom les debe prestar el servicio de salud, estableciendo para tal efecto, atención intramural en 82 establecimientos en los que se encuentra el 58% de esta Población y para los establecimientos restantes, en donde permanece el 52% de esta población, se dispuso de atención por medio de jornada.

Se calcula una frecuencia de uso anual para medicina general de 6,81, para el servicio de odontología 2,73 y para higiene oral de 1,8 atenciones, pero además se desarrollan actividades de educación y fomento a salud.

## Fondo de Previsión Social del Congreso de la República

### Liquidación de la Prestación del Servicio de Salud

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, culminó exitosamente el proceso de liquidación del capítulo de salud que ordenó el Decreto 1700 de 2003. En efecto, la Entidad adelantó las acciones requeridas para conseguir la aprobación de la totalidad de las declaraciones de giro y compensación por parte del FOSYGA y en consecuencia, solicitó ante el Ministerio de la Protección Social la declaratoria del cierre definitivo de este servicio, la cual se aprobó.

## 3. SALUD PÚBLICA

Para el desarrollo de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 en el ámbito nacional, el Gobierno Nacional destinó en el 2009 \$280.354 millones, ejecutando el 98%. Se resalta que durante el periodo 2006-2010 la inversión del nivel nacional en Salud Pública aumentó 48%.

**Cuadro No. 77**  
**Inversión del MPS en Salud Pública por tipo de recurso y ejecución**  
 Millones de pesos

Año	Presupuesto de funcionamiento		Presupuesto de Inversión		Presupuesto del Fosyga, subcuenta Promoción	
	Apropiación	Ejecutado	Apropiación	Ejecutado	Apropiación	Ejecutado
2006	27.684,3	27.656,5	128.093,5	120.603,2	24.800,0	19.809,8
2007	30.700,7	30.700,2	131.760,1	129.204,4	30.780,3	13.936,0
2008	29.261,2	29.162,8	130.958,7	128.747,1	30.013,5	29.978,5
2009	29.354,8	29.256,1	175.999,4	174.935,0	75.000,0	70.037,3
2010	33.031,3	32.961,0	229.792,2	94.969,3	5.000,0	5.000,

Fuente: DGSP-MPS 2010

**Cuadro No. 78**  
**Inversión del MPS en Salud Pública Consolidado y ejecución**  
 Millones de pesos

Año	Total asignación Salud Pública MPS	% ejecución Salud Pública
2006	180.577,9	93,1
2007	193.241,0	90,0
2008	190.233,4	98,8
2009	280.354,3	97,8
2010	267.823,5	49,6

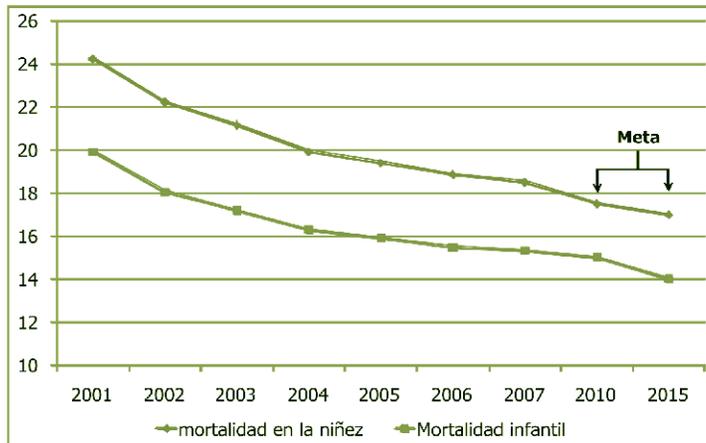
Fuente: DGSP-MPS 2010

### 3.1. Salud Infantil

La tasa de mortalidad infantil en Colombia viene disminuyendo de forma continua, según la ENDS disminuyó 30% en el periodo 1995 – 2005; de igual forma, el DANE señala un descenso

sostenido en los últimos siete años, entre el 2002 y el 2007 disminuyó 15% y se espera que con la inclusión de la vacuna del Rotavirus en el año 2009 la mortalidad infantil descienda aún más, reduciendo las brechas regionales que aún existen.

**Gráfico No. 13**  
**Evolución de las Tasas de Mortalidad**  
**Infantil y Mortalidad en la Niñez**



Fuente: MPS/DGSP. Datos DANE, estadísticas vitales

El comportamiento descendiente de estos indicadores está asociado con factores tales como, el aseguramiento en salud, el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el mayor acceso a los servicios de atención materno infantil, la implementación de estrategias como AIEPI y el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, éstas dos últimas, son las que tienen mayor incidencia, impacto y costo efectividad en la reducción de la morbilidad y mortalidad en la infancia, a continuación se señalan los logros y retos más relevantes con respecto a éstas dos estrategias:

### Logros Programa Ampliado Inmunizaciones:

**Mayor compromiso:** El MPS y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud han intensificado esfuerzos para lograr y mantener coberturas útiles de vacunación, garantizando la disponibilidad de los biológicos e insumos para vacunación y para eliminar cualquier barrera a la vacunación.

**Aumento de inversión:** La apropiación oportuna de recursos en el Presupuesto General de la Nación (PGN) constituye uno de los factores clave de éxito del PAI. Esta apropiación garantiza la disponibilidad de biológicos, asistencia técnica y capacitación permanente que ha permitido fortalecer el programa a nivel nacional mejorando condiciones de equidad en la vacunación, eficiencia en la utilización de los recursos y fortalecimiento institucional y operativo del mismo.

**Cuadro No. 79**  
**Recursos\* asignados al PAI, Colombia**  
**2006 – 2010**  
 Millones de pesos

Año	Presupuesto General de la Nación	Fosyga	Total
2006	114.378	3.638	118.016
2007	102.184	18.317	120.500
2008	80.828	18.685	99.513
2009	91.174	25.813	116.987
2010	114.967	0	114.967

Fuente: Dirección General de Salud Pública / MPS

\* Millones de pesos constantes 2010.

Conscientes de la importancia de la adecuada conservación y almacenamiento de los biológicos el Ministerio destinó \$5.017 millones de pesos de inversión entre el 2007 y el 2009 y gestionó ante el DNP la asignación de \$10.000 millones de pesos para la ampliación de la red de frío del PAI del país (refrigeradores, cuartos fríos, termos, etc.), como respuesta a la introducción de nuevos biológicos al programa.

**Cuadro No. 80**  
**Inversión en red de frío PAI en millones de pesos. Colombia**  
**2008 – 2009**  
 Millones de pesos

Año	Total	Destinatario
2007	600	Municipios priorizados
2008	1.626	Departamentos / Capitales
2009	2.791	Municipios
2009*	10.000	Municipios

Fuente: Dirección General de Salud Pública / MPS

\*Recursos Conpes 123 de 2009

Entre el 2006-2009 las coberturas nacionales de vacunación con todos los biológicos se mantuvieron por encima de 92%.

**Cuadro No. 81**  
**Coberturas de vacunación con todos los biológicos, Colombia**  
**2006 – 2009**

BIOLÓGICO	% Cobertura*				Niños vacunados	
	2006	2007	2008	2009	2009	Cuatrenio
Polio	93,6	92,8	92,0	92,1	794.413	3.177.651
DPT	93,2	92,9	92,2	92,2	794.074	3.176.297
BCG	95,5	93,3	92,6	90,2	796.465	3.185.861
Hepatitis B	93,2	93,1	92,2	92,2	794.474	3.177.897
Hib	93,0	92,9	92,1	92,2	793.423	3.173.691
Triple viral	95,1	94,6	92,4	95,5	807.777	3.231.109

Fuente: Dirección General de Salud Pública / MPS

\* Basado en proyecciones de población del censo DANE 2005

### Modernización del esquema de vacunación:

- » Inclusión de la vacuna contra la Influenza estacional para adultos mayores de 50 años de alto riesgo en el 2009.
- » **Inclusión del Rotavirus:** programa que inició en el segundo semestre de 2008 vacunando 60.000 niños con bajo peso al nacer e inmunosuprimidos; a partir de 2009, se aplica a todos los niños y niñas menores de 1 año en todo el territorio nacional. La vacunación universal contra rotavirus, evitará la ocurrencia de 300.000 casos aprox. de diarrea; 82.000 consultas por EDA moderada o severa; 25.000 hospitalizaciones por complicaciones de EDA; 420 muertes anuales en menores de un año y evitará al sistema un gasto de cerca de US\$7 millones / año por prestación de servicios de salud.
- » **Inclusión de la vacuna de Neumococo:** en el 2006 con recursos del Fosyga se incluyó por primera vez en el PAI para niños de alto riesgo; en el año 2009 se incluyó la vacunación a todos los niños menores de 1 año de los 10 departamentos con mayores tasas de mortalidad por infección respiratoria (Caquetá, Amazonas, Cauca, Vichada, Guainía, San Andrés y Providencia, Chocó, Putumayo, Guaviare y Vaupés), beneficiando a cerca de 70.000 niños. La vacunación contra neumococo en grupos de mayor riesgo según un estudio de la U. Nacional es una estrategia altamente costo - efectiva, que evitará por lo menos 532 muertes por enfermedad neumocócica invasiva/ año.

Es importante resaltar que Colombia logró la erradicación de la poliomielitis en 1991, la eliminación de sarampión en 2002, la eliminación del tétanos neonatal (se pasó de registrar cerca de 2000 casos/año en 1990 a 5 en 2009, lo que significa una reducción de 99,7%) y la difteria como problemas de salud pública, y la certificación en 2006, por parte de la Organización Panamericana de la Salud –OPS de la eliminación del síndrome de rubéola congénita (sin casos desde el 2006) y la rubéola (en el 2009 se confirmó 1 caso sin establecer cadenas de transmisión y 4 casos clínicos que no pudieron ser confirmados por laboratorio en Antioquia).

Reconociendo la importancia de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, además del PAI se fortaleció la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI y el Fomento y Protección a la Lactancia Materna a través de las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI.

### Logros de la estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI

- » A fin de aumentar la cobertura de la estrategia AIEPI se aumentó la inversión de recursos en 245%, al pasar de \$348 millones de pesos a precios constantes en el año 2007 a \$1.500 millones en el 2009 y \$1.200 millones el año 2010. Con esta estrategia se busca disminuir la mortalidad y morbilidad en niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar.
- » En el año 2008 se actualizaron los subcomponentes de tuberculosis, VIH, nutrición y atención del menor maltratado, en el 2009 se incluyó el subcomponente de salud oral, epilepsia, asma, obesidad y diabetes en el componente clínico de la estrategia AIEPI de Colombia.
- » A fin de mantener vigentes las guías clínicas se realizó actualización y validación del componente clínico con expertos en el 2009 y para el año 2010 se tiene contemplado el lanzamiento del manual clínico actualizado.

- » Se ajustó y actualizó el material educativo de la estrategia AIEPI dirigido a los profesionales de salud y se desarrollaron e implementaron estrategias de movilización social y validación del Plan estratégico de comunicaciones para la Estrategia AIEPI en tres municipios.
- » Se diseñó la metodología para levantar la línea de base de la cobertura de AIEPI en Colombia y se actualizó el modelo de atención de la primera infancia en el marco de la normatividad colombiana vigente, insumo necesario para visualizar en el territorio la articulación de los componentes de la estrategia AIEPI.
- » Ajuste del Plan operativo local dirigido a las entidades territoriales para la formulación de los Planes Operativos de la estrategia AIEPI. Durante el cuatrienio se realizó asistencia técnica para impulsar el desarrollo sostenido de acciones.
- » Se logró mayor articulación entre los diferentes programas relacionados con infancia y en varias ciudades en especial Bogotá, Barranquilla y Cartagena se fortaleció el trabajo con universidades; cada vez son más las EPS, IPS, y entidades territoriales que ofrecen servicios integrales de salud a la población infantil, todos los departamentos presentan avances a excepción de Bolívar y Valle del Cauca.

### 3.2. Salud Sexual y Reproductiva – SSR

La inversión del MPS en proyectos de promoción de la salud sexual y reproductiva entre el 2006 y el 2010 registró un incremento del 52%, al pasar de \$8.931 millones de pesos a precios constantes en el año 2006 a \$13.540 millones en el 2010.

**Cuadro No. 82**  
**Asignación de recursos\* para Salud**  
**Sexual y Reproductiva SSR, Colombia**  
**2006 – 2010**  
 Millones de pesos

Año	Presupuesto General de la Nación	Fosyga	Total
2006	187,4	8.743,7	8.931,0
2007	3.641,6	0	3.641,6
2008	7.586,0	3.294,7	10.880,8
2009	3.629,2	5.100,0	8.729,2
2010	8.540,6	5.000,0	13.540,6
Total cuatrienio	23.584,8	22.138,4	45.723,2

*Fuente: Dirección General de Salud Pública / MPS*

Las acciones en Salud Sexual y reproductiva se desarrollan en seis líneas de trabajo: maternidad segura; planificación familiar; salud sexual y reproductiva de los adolescentes; cáncer de cuello uterino y mama; infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA; y la prevención de la violencia doméstica y sexual. Resultado de estas acciones se resalta:

**Maternidad segura (ODM 5):** Equidad y mayor acceso a los servicios: Entre el 2002 y el 2008, la mortalidad materna se ha reducido en 30%, pasando de 84 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2002 a 59. La meta establecida para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

**Cuadro No. 83**  
**Muertes maternas y tasa de mortalidad x 100.000**  
**nacidos vivos, Colombia**  
**2002-2007**

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa mortalidad materna (gestantes fallecidas *cada 100.000 nacidos vivos)	84,4	77,8	78,7	73,1	75,0	75,6	59*
Número de muertes maternas	591	553	571	526	536	536	422

Fuente: Estadísticas vitales, DANE

\* Información preliminar

Los programas para garantizar la Maternidad Segura incluyen diversas estrategias para mejorar la gestión de los actores responsables de la prestación de servicios y reducir los efectos de algunos determinantes sociales y culturales asociados a la mortalidad materna. El MPS implementó el Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna orientado a posicionar el problema en la agenda pública, visualizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales en su reducción, logrando a 2007 una reducción de 34% con respecto al 2001 en las entidades territoriales priorizadas y de 25% en el país.

**Cuadro No. 84**  
**Número de muertes maternas en entidades territoriales priorizadas**  
**en el Plan de Choque de reducción de mortalidad materna**  
**2001-2007**

DIRECCION TERRITORIAL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% reducción con respecto a 2001
Bogotá D. C.	92	74	67	73	67	62	57	38,0
Antioquia	67	55	59	65	62	70	39	41,8
Valle del Cauca	59	51	43	31	56	44	42	28,8
Atlántico	35	33	31	30	29	31	26	25,7
Nariño	35	32	17	33	18	17	21	40,0
Bolívar	29	25	30	28	29	30	29	0,0
Cundinamarca	37	25	24	30	25	29	21	43,2
Cauca	36	23	21	22	23	18	22	38,9
Boyacá	25	21	15	14	16	14	22	12,0
Santander	30	14	18	16	19	18	13	56,7
Chocó	17	14	18	22	13	12	11	35,3
Subtotal (entidades priorizadas)	462	367	343	364	357	345	303	34,4
Total Colombia	714	591	553	569	526	536	536	24,9

Fuente: Estadísticas vitales del DANE

La caracterización de la mortalidad materna en Colombia, demuestra que se han superado algunas barreras sociales y culturales, resultado de esto se tiene que la atención médica en la cabecera

de los antiguos territorios nacionales en 15 años pasó de 79% a 88%, la atención de enfermera pasó de menos de 1% al 6% y los embarazos sin atención bajaron de 20% a 6%. Además del aumento de cobertura, la captación temprana de gestantes (en el primer trimestre) pasó de 30% en el 2000 a 71% en el 2005; la cobertura de atención prenatal adecuada pasó de 82% en 1990 a 93,5% en el 2005. De otra parte, la meta de atención institucional del parto se ha cumplido de manera anticipada (en el 2007 fue de 97,8%), sin embargo en este aspecto Vaupés (56%), Cundinamarca (73,7%) y Vichada (76,6%) presentan los mayores rezagos.

Pese a que la mortalidad materna muestra una tendencia decreciente en los últimos años, el país requerirá mayores esfuerzos para acercarse a la meta nacional y reducir las diferencias que aún existen a nivel departamental; se hace necesario que los buenos resultados en el acceso a servicios se traduzcan en una mejora del indicador, en el cual también inciden otros condicionantes relacionados con inequidades de orden social y de género, tales como la distribución de la riqueza, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica.

De acuerdo a lo anterior, el MPS en el último año apoyó el desarrollo de mesas de trabajo intersectoriales; en el 2007 se actualizaron y publicaron las Normas Técnicas y Guías de Atención para la detección precoz de alteraciones en el embarazo y las Guías para el manejo de las enfermedades Hemorrágicas e Hipertensivas del Embarazo, con el PARS.

En el 2008, se diseñaron las guías de manejo de emergencias obstétricas con el fin de implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas; se espera en el 2010 evaluar el impacto en la UPC de las acciones contempladas en dichas guías.

A partir del año 2008, el MPS viene liderando la implantación de la estrategia de vigilancia de la morbilidad materna extrema, para el manejo oportuno y adecuado de las emergencias obstétricas a nivel local. Su implementación inició en el 2008 con un programa piloto en 5 departamentos, logrando una cobertura de 15 departamentos en 2009<sup>24</sup>, se planea expandirla al resto del país en el 2010.

A finales del 2009 se definieron los Lineamientos Estratégicos para la reducción de la Mortalidad Materna en Colombia que incluyen estrategias para mejorar el acceso; garantizar la atención materna por recurso humano calificado; asegurar la disponibilidad de insumos y servicios adecuados para la atención obstétrica de emergencia; actualizar la reglamentación para la vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna; fortalecer las estadísticas vitales; diseñar e implantar un sistema de fortalecimiento de la gestión para el seguimiento y evaluación al cumplimiento de normas de atención y fortalecer la participación social.

El reto del país está en garantizar que las instituciones y profesionales de la salud brinden atención de calidad durante el embarazo y el parto. Así mismo, debe hacerse énfasis en la disminución de las desigualdades regionales de aquellos departamentos que todavía presentan cierto rezago para alcanzar la meta. De éstos hacen parte Guainía, Vaupés, Guaviare, Vichada y Chocó como los más críticos.

**Planificación familiar:** La tasa global de fecundidad, es decir el número de hijos por mujer en Colombia, ha venido presentando un descenso constante desde 1985, pasando de 3, 2 a 2,4, es decir una reducción de 25%. El país se comprometió a incrementar la prevalencia de uso de

24 Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Bogotá D. C., Cundinamarca, Tolima, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia, Caldas, Meta, Santander, Nariño y Huila.

métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa; al respecto existe una tendencia continua al incremento del uso de métodos modernos de anticoncepción en los 3 años. Es de destacar que los mayores crecimientos se presentan en los primeros grupos de edad, lo que podría ser relevante para el cumplimiento de la meta en la población entre 15 a 19 años.

Al respecto, el MPS ha concentrado un gran esfuerzo en la promoción del uso de métodos anticonceptivos y en la garantía de oferta de métodos modernos en el POS, así como en el desarrollo de programas de acceso a métodos temporales y definitivos de anticoncepción (con inversión de USD \$2 millones). Como estrategia para promover el uso de métodos modernos de anticoncepción, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS aprobó la inclusión de la Vasectomía en el POS del Régimen Subsidiado y los medicamentos anticonceptivos hormonales orales e inyectables, el condón masculino, y los procedimientos médicos o quirúrgicos de esterilización en el POS del Régimen Contributivo y Subsidiado; aspectos reglamentados en el 2008 por el Ministerio (Res. 769 y 1973 de 2008) y ratificados por la Comisión de Regulación en Salud CRES en el Acuerdo 008 de 2009, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Durante el cuatrienio se desarrolló y sostuvo las estrategias de información, educación y comunicación, para la promoción de derechos sexuales y reproductivos, la adopción de conductas sexuales responsables e inducir la demanda temprana de servicios de SSR, mediante propuestas de sensibilización, orientación e información a través de un proceso de focalización y segmentación de la audiencia por medios masivos y alternativos de comunicación. La inversión anual fue de cerca de \$4.000 millones/año.

**Salud sexual y reproductiva de adolescentes:** A pesar del incremento en uso de métodos modernos de anticoncepción, el embarazo en adolescentes aumentó 10% en el quinquenio 2000-2005, la mayor proporción de embarazos en adolescentes se presenta en aquellas mujeres sin educación (52%) y con educación básica primaria (42,3%); a lo anterior, se suma el hecho que el 42% de los embarazos fueron deseados; ante esta situación es de esperar que la tendencia creciente se mantenga y no se alcance la meta establecida para el 2015 y demanda a la vez una respuesta desde una perspectiva intersectorial. Desde el MPS la respuesta se ha concentrado en:

**Fortalecimiento de redes sociales de apoyo** para la implementación de la Política y la promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, capacitación, asistencia técnica de actores y seguimiento a la gestión de las acciones de salud sexual y reproductiva de adolescentes, prevención y atención de ITS; VIH SIDA y de la violencia doméstica y sexual en 243 municipios de los departamentos de Antioquia, Bolívar, Cesar, Chocó, Santander, Putumayo, San Andrés y Valle del Cauca, a través del Proyecto de Promoción de derechos y redes constructoras de Paz, liderado por la Consejería de programas especiales de la Presidencia de la República que recibe apoyo del MPS desde el 2007 con una inversión anual de \$2.000 millones de pesos anuales. Actualmente en ejecución.

**Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía**, proyecto que lidera desde 2006 el Ministerio de Educación Nacional, con la cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. En él participa toda la comunidad educativa que, a partir del desarrollo de competencias básicas y ciudadanas, promueve la equidad de género, la participación, la convivencia pacífica y el ejercicio de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos, hoy alcanza cerca de 1.000 instituciones educativas de distintas regiones que se encuentran trabajando en su implementación.

**Implantación del modelo de atención de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes**, propuesta iniciada en el año 2007 por el Ministerio de Protección Social, con apoyo

del Fondo de Población de las Naciones Unidas, busca mejorar la calidad y el acceso a servicios integrales de salud a este grupo poblacional, de tal suerte que a la fecha, se dispone en el país de 367 servicios de salud amigables para adolescentes en 21 departamentos<sup>25</sup> y más de 1.200 profesionales de la salud capacitados.

### **Infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA (ODM 6)**

De acuerdo a estándares internacionales la epidemia de VIH/sida en Colombia se clasifica como concentrada y se comporta de manera similar a los demás países de Latinoamérica, en otras palabras, afecta a poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo en particular los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales, la población joven entre otros. Desde 1.983 hasta 2.009 se han registrado 71.509 casos (75% son hombres), de los cuales 9.283 ya fallecieron. De acuerdo con los resultados del VII estudio centinela se estima en Colombia una prevalencia de 0,22%. Los departamentos de Atlántico (27), Quindío (26), Cesar (22), Valle del Cauca (22), Casanare (20), Santander (18), Guaviare (18), Bogotá (17), Magdalena (17), Risaralda (17), Antioquia (17) y Córdoba (17) presentan las mayores tasas de incidencia.

La prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA se orienta en el Plan de Respuesta Nacional a la Epidemia 2008-2011, que involucra diferentes actores y sectores, el Modelo de Gestión Programática y la guía de atención integral del VIH/SIDA desarrollada en este cuatrienio; para esto se desarrollaron diferentes estrategias en pro de alcanzar los objetivos propuestos:

- » La estrategia integra que se orienta a fortalecer la oferta y acceso a servicios de asesoría y diagnóstico del VIH/SIDA y que ha contado con el apoyo de cinco agencias de las Naciones Unidas, logrando disminuir la brecha diagnóstica en términos de acceso y de oportunidad en: Antioquia, Atlántico, Cesar, Bogotá, Soacha, La Guajira, Meta, Quindío, Santander, Sucre, Valle del Cauca, Bolívar, Norte de Santander.
- » La promoción del acceso universal a terapia antirretroviral, la cual aumentó 11% con respecto al 2006 y que alcanza una cobertura cercana al 80% de los pacientes seropositivos identificados; se espera que con el incremento de afiliaciones al SGSSS se logre la cobertura universal de terapia a todos aquellos pacientes identificados que la requieran.
- » La vigilancia de la transmisión sanguínea y garantía de la calidad de sangre.
- » El monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional, el apoyo de estudios epidemiológicos en poblaciones vulnerables y análisis de tendencia de la epidemia a través del Observatorio Nacional de VIH SIDA.
- » El Proyecto Nacional para la Reducción de la Transmisión Madre-Hijo del VIH, para mantener el riesgo de transmisión menor al 2%; el cual inició con el apoyo de la comunidad económica europea y la gestión nacional de ONUSIDA, a partir del 2006 fue asumido por el Ministerio quién actualmente implementa la estrategia. En 2009 se realizó como parte de la estrategia de reducción de la transmisión perinatal de VIH una inversión de \$3.000 millones. Resultado de lo anterior, en el periodo 2003 a 2009 se tamizó a 1.249.187 gestantes, de las cuales 2.261 gestantes fueron diagnosticadas con el VIH (1,18%); en el balance general de estos siete años, de los 1.652 niños que han nacido vivos se hubiesen esperado sin intervención 462 casos de VIH/sida perinatal. Sin embargo, gracias a la estrategia sólo se diagnosticó la infección sida en 49 niños, evitando la transmisión perinatal en 413 niños y niñas.

25 Bogotá, Bolívar, Norte de Santander, Antioquia, Boyacá, Tolima, Risaralda, Valle del Cauca, Guaviare, Putumayo, Cesar, Santander, Meta, Nariño y Caldas. En el 2009 se amplió a Quindío, Cundinamarca, Sucre y Cartagena.

## Promoción del acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR y de Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE

Se logró la difusión de la campaña “Derechos convertidos en hechos” a todos los municipios, departamentos, EPS y ARS del país, la capacitación a directivos y prestadores de salud de 20 municipios priorizados para la aplicación de las normas técnicas y guías de atención en SSR y la provisión de servicios de SSR para hombres y mujeres, incluyendo tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino y de seno, de próstata y testículo, información, educación, consejería y oferta de métodos anticonceptivos a hombres y mujeres más vulnerables. Este proyecto logró un cumplimiento de metas del 100% en aplicación de implante hormonal subdérmico y en los tamizajes de cáncer de mama y tamizaje de cáncer de próstata; 96% en oferta de vasectomías, 61% en oferta de ligadura de trompas, entre otros.

De otra parte, en 2009, a través de un convenio con la OIM se realizó un completo programa de capacitación a equipos profesionales en atención integral en SSR, con énfasis en violencia sexual, incluyendo la provisión de servicios de IVE de cobertura nacional, pero focalizado en la atención de víctimas de la violencia, que además incluyó la Provisión de Kits de SSR y de Kits para profilaxis postexposición, a víctimas de violencia y abuso sexual a 200 IPS Públicas y capacitación de 100 IPS en consejería y aplicación de métodos de anticoncepción.

Entre el 2007 y 2009 un total de 623 mujeres han hecho uso del derecho a la IVE, por peligro para la vida de la mujer (20%), grave malformación del feto (61%) y por acceso carnal sin consentimiento (19%); el 64,5% corresponde a mujeres afiliadas al régimen contributivo. Las principales barreras de acceso identificadas, están relacionadas con: objeción de conciencia, trámites administrativos, realización de juntas médicas, insuficiencia de red de prestadores, dificultades de acceso geográfico y denuncia tardía en caso de violación.

El MPS en cumplimiento de la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 de 2006 y en su deber de garantizar la provisión de servicios de salud seguros y regular la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo-IVE en los casos y condiciones despenalizados por la Corte Constitucional; 1. desarrolló, difundió y capacitó a prestadores de servicios en las guías de atención integral en SSR e IVE, normas que acogen los estándares de calidad definidos por la Organización Mundial de la Salud; 2. identificó las barreras para el acceso a servicios integrales de IVE; 3. diseño campañas pedagógicas y de movilización social en medios masivos de comunicación para la promoción de DSR, realización de 34 foros académicos de discusión con participación de 2.824 personas y capacitación a periodistas de los 32 departamentos; 4. identificó los prestadores de servicios de salud de las EPS que garantizan la atención de la IVE a la población afiliada, la cual puede ser consultada en la página web del MPS; y 5. conformó una mesa de trabajo con ONGs, sociedades científicas, la Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaría de Salud del Distrito Capital de Bogotá, para posibilitar, de manera más expedita, el cumplimiento de la sentencia C-355/06.

**Reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino:** Entre el 2003 y el 2007 la mortalidad por cáncer de cuello uterino presenta una pequeña disminución (12%), pasando de 8,1 a 7,1 muertes por cada 100.000 mujeres; la cobertura de detección del cáncer de cuello uterino por citología actualmente alcanza el 84%. De otra parte, se avanzó en la aplicación del Modelo del control del cáncer en el municipio de Soacha, especialmente en el control de Cáncer de Cuello Uterino y se lograron los acuerdos políticos para la articulación entre actividades de detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Los departamentos que presentan mayor rezago para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad son Quindío, Tolima, Caquetá y Arauca.

### 3.3. Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis

La prevención y control de las enfermedades transmisibles, fue priorizada en el Plan Nacional de Salud Pública, para el desarrollo de acciones el Ministerio destinó \$60.920 millones de pesos en 2009 y \$294.002 millones de pesos durante el periodo 2006-2010 de los cuales el 69,9% fueron transferidos a las entidades territoriales para fortalecimiento de las acciones de prevención, vigilancia y control a nivel local en pro de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio.

**Cuadro No. 85**  
**Recursos asignados para prevención y control de enfermedades trasmisibles**

**2006-2010**

Millones de pesos

Recursos asignados por enfermedad y por tipo ejecución		2006	2007	2008	2009	2010
Enfermedades Transmitidas por vectores	Ejecutados por MPS	24.629	5.462	5.085	3.910	12.646
	Transferencias	34.639	35.418	36.137	42.684	33.724
	Total ETV	59.268	40.881	41.221	46.594	46.370
Tuberculosis (TB) y lepra	Ejecutados por MPS	1.839	3.947	2.911	4.737	5.106
	Transferencias	3.626	5.077	4.972	4.633	4.535
	Total TB y lepra	5.465	9.024	7.883	9.370	9.641
Rabia	Ejecutados por MPS	1.213	4.113	3.459	4.956	4.546
Total		65.946	54.018	52.563	60.920	60.557

Fuente: Dirección General de Salud Pública / MPS

Estos recursos se han destinado a acciones para aumentar la detección de casos, reducir o eliminar en la población en riesgo la morbimortalidad producida por las enfermedades transmisibles, relacionadas con eventos prioritarios en salud pública como la: tuberculosis, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis, chagas, fiebre amarilla y rabia humana transmitida por perros.

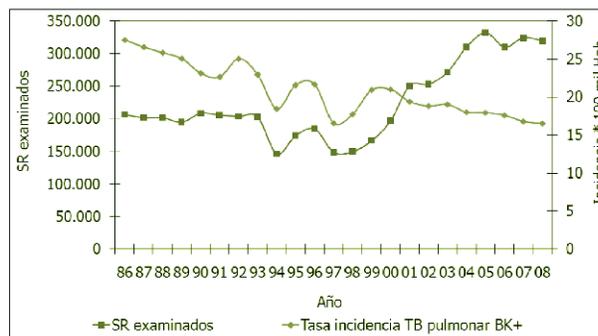
Las acciones incluyen el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los programas de ETV, tuberculosis, lepra y rabia; el desarrollo de estrategias intersectoriales y de base comunitaria para controlar las poblaciones de vectores y reservorios; el desarrollo y evaluación de estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural; la búsqueda de sintomáticos respiratorios y de piel; adquisición de: vacunas antirrábicas e insumos para control de rabia humana y silvestre, microscopios, pruebas rápidas para diagnóstico de malaria, toldillos impregnados con insecticida de larga duración y medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades. Igualmente, incluye acciones de control selectivo e integrado de vectores; vigilancia en salud pública de malaria, tuberculosis, lepra y rabia; actualización de la guía de tuberculosis y las guías entomológicas y clínicas de las ETV; asistencia técnica y el apoyo a la implementación de planes de contingencia e investigación operativa. Entre los principales resultados de estas acciones se destaca:

- » La elaboración por primera vez del Plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis” 2006-2015, el plan estratégico para la prevención y control de la lepra en Colombia 2006-2010 y el plan estratégico para control de la rabia, los cuales dan directrices técnicas a las entidades territoriales para la inversión de recursos y las acciones a desarrollar

en pro del logro de las metas y compromisos nacionales e internacionales; logrando que todos los departamentos y distritos formularan por primera vez planes estratégicos para el control de la tuberculosis y la lepra en el país.

- » La evaluación e introducción de nuevos esquemas de tratamiento más efectivos para el manejo de malaria, Leishmaniasis y tuberculosis, lo cual ha permitido reducir efectos adversos y mejorar la adherencia a los tratamientos entre otros beneficios durante el 2008 y 2009.
- » El incremento en la cobertura de uso de toldillos impregnados con insecticidas de larga duración en departamentos críticos como Antioquia, Chocó y Nariño.
- » La realización del estudio de resistencia a insecticidas de los vectores de enfermedades de transmisión vectorial en el 2008, con base en el cual se ajustó el lineamiento técnico de uso de insecticidas, capacitando posteriormente los 36 departamentos y distritos.
- » La estandarización de la norma de competencia en vigilancia y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV a través del SENA en el 2008; logrando la certificación a 60 técnicos del programa de ETV en Córdoba y la capacitación a 93 técnicos en microscopía en malaria. Además se efectuaron 4 talleres regionales para el manejo de máquinas aspersoras de insecticidas para control químico de vectores en los departamentos de La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Arauca, Guainía, Vichada y Boyacá.
- » La disminución de la incidencia de malaria en 28% al pasar de 115.555 casos en el 2005 a 79.909 casos en el 2009<sup>26</sup> y de 82% en la mortalidad al pasar de 84 en el 2005 a 15 muertes en el 2008. Igualmente, la mortalidad por dengue tuvo una reducción de 42% con respecto al 2005.
- » El incremento en la captación de casos sospechosos (3% en el 2009 con respecto al 2006), a pesar de lo cual, la incidencia de tuberculosis se mantiene estable, lo cual indica un mayor control de la enfermedad y su transmisión. Igualmente, el seguimiento de pacientes con tuberculosis pasó de 18% en 1999 a 93,7% en el 2007, manteniendo una curación de enfermos de 77% y de fracasos inferior al 1,5%.

**Gráfico No. 14**  
**Incidencia de tuberculosis BK positiva Vs. Detección de sintomáticos respiratorios (SR), Colombia 1986 – 2008**

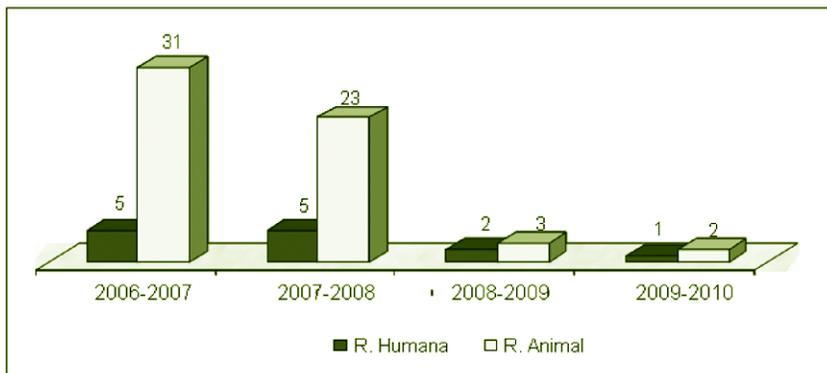


Fuente: MPS-DGSP

- » Las coberturas de vacunación antirrábica en perros aumentaron 27% al pasar de 56% en 2006 a 71% en el 2008, igualmente, la vacunación con fiebre amarilla aumentó 14% entre 2007 y 2009 al pasar de 83,6% a 95,5% en menores de 1 año; los casos de fiebre amarilla reportados en los últimos 2 años correspondieron a colonos que ingresaron a zonas endémicas sin estar vacunados o que rehusaron la vacunación. En 2009 se reportaron 4 casos de fiebre amarilla.
- » De otra parte en el 2008, el país logró la aprobación de un proyecto que busca reducir la morbilidad al menos en un 40% y la mortalidad por malaria al menos en un 95% en los departamentos con mayor incidencia (Antioquia, Cauca, Córdoba, Chocó y Valle del Cauca). La primera fase inicio en enero de 2010 y contará con recursos por 11,6 millones de Euros para los dos primeros años.
- » Desde el 2007 se desarrolla un proyecto de fortalecimiento de la estrategia de prevención y tratamiento de tuberculosis en población indígena junto con la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, en la cual se han capacitado promotores indígenas y se ha fortalecido las redes de diagnóstico y atención de los pueblos indígenas de La Sierra Nevada de Santa Marta (La Guajira, Santa Marta y Cesar), Amazonas, Nariño, Vichada, Guaviare y Guainía.
- » Incorporación del control del dengue y la tuberculosis a la estrategia AIEPI para la prevención y reducción de esta enfermedad.
- » Se está ejecutando el Proyecto INAP para el “Diseño del Sistema Integrado de Vigilancia y Control para Malaria y Dengue-SIVCMD” en Barranquilla, Bucaramanga, Floridablanca y Armenia.

La rabia en Colombia ha venido presentando un descenso significativo, debido al fortalecimiento de la vigilancia y control en los diferentes entes territoriales, esto se ve reflejado en los 31 meses de silencio epidemiológico que lleva el país respecto a la presentación de casos de rabia humana transmitida por caninos, permitiendo de esta manera acercarse a la meta de eliminar la enfermedad para el año 2012, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

**Gráfico No. 15**  
**No. de Casos de Rabia notificados 2006-2010**



Fuente: Instituto Nacional de Salud

En el Cuadro No.86 se puede apreciar la situación epidemiológica y el comportamiento del tifus endémico y epidémico en Colombia, aunque no existen lineamientos claros y un sistema de vigilancia adecuado que permita caracterizar el evento. Para los años 2006 a 2010 el número de casos que ingresan al sistema corresponden a aquellos pacientes que cumplen los criterios clínicos mínimos establecidos por los investigadores y cuentan con antígenos febriles superiores a 320.

**Cuadro No. 86**  
**No. de Casos de Tifus notificados**  
**2006-2010**

EVENTO	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Tifus por pulgas	189	120	53	38

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

El Cuadro No.87, muestra el comportamiento de la fiebre amarilla, el dengue y la Leishmaniasis durante el período 2006 a febrero de 2010; en Colombia los departamentos más afectados por Fiebre Amarilla en los últimos cuatro años son: Norte de Santander, Guaviare, Cesar, Magdalena, Meta y La Guajira.

**Cuadro No. 87**  
**No. de Casos notificados por Fiebre**  
**Amarilla, Dengue y Leishmaniasis**  
**2006-2010**

EVENTO	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Fiebre amarilla	49	3	7	0
Dengue clásico	33.542	35.713	19.923	48.536
Dengue hemorrágico	5.799	6.180	2.896	6.809
Leishmaniasis mucosa	83	60	30	29
Leishmaniasis cutánea	10.951	9.672	3.248	5.755
Leishmaniasis visceral	47	39	42	33

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

El Cuadro No. 88, muestra la incidencia de Varicela en el ámbito nacional, mostrando una reducción significativa entre el año 2006 y 2007 principalmente.

**Cuadro No. 88**  
**Casos notificados de Varicela**  
**2006-2010**

EVENTO	2006-2007	% Variación	2007-2008	% Variación	2008-2009	% Variación	2009-2010
Varicela	46.097	-40,3%	27.502	117,0%	59.676	-50,8%	29.373

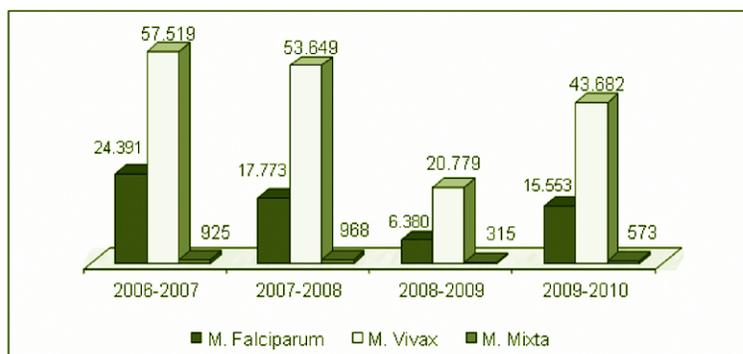
Fuente: Instituto Nacional de Salud.

En Colombia, la malaria también continua siendo un problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio rural colombiano está situado por debajo de los 1.500 metros sobre

el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad.

El gráfico No. 16, muestra el número de casos de Malaria notificados entre el año 2006 a febrero 2010, presentándose una disminución porcentual promedio del 64% entre el 2008 y el 2009.

**Gráfico No. 16**  
**Casos de Malaria notificados**  
**2006-2010**



Fuente: Instituto Nacional de Salud.

### 3.4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Según el estudio de carga de enfermedad de Colombia realizado en 2008 por el CENDEX, se concluyó que el 76% de la carga de la enfermedad en Colombia corresponde a enfermedades crónicas, fundamentalmente: Enfermedad Cardiocerebrovascular, cáncer y enfermedad mental. Al respecto, la OMS ha señalado que el consumo de tabaco ocasiona el 30% del total de enfermedades cardiovasculares, el 80% de todas las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el 90% del cáncer de pulmón y el 30% de todos los otros tipos de cáncer, ocasionando más de cinco millones de personas en el mundo (más que la tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo); además ocasiona importantes costos médicos directos al sistema. Por lo anterior, el MPS en el 2006 priorizó entre otras estrategias, la lucha antitabaco a fin de contribuir a la reducción de enfermedades crónicas.

Al respecto se identifica que la prevalencia de vida de consumo de tabaco pasó de 18% en 1992 a 44,5% en el 2008<sup>27</sup>; el Estudio Nacional de Consumo de SPA realizado en el 2008 estimó que más de tres millones de personas fumaron tabaco en el último mes (17,06%), de los cuales 187.822 corresponde a menores de 12 a 17 años. Por lo anterior, se implementaron las siguientes acciones:

- » En cumplimiento del Convenio marco de lucha antitabaco, ratificado por Colombia en diciembre de 2006<sup>28</sup> el Ministerio en busca de reducir la demanda y la oferta del tabaco, realizó acciones tales como: generación de impuestos; expedición de reglamen-

27 MPS-DNE. Estudio Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008.

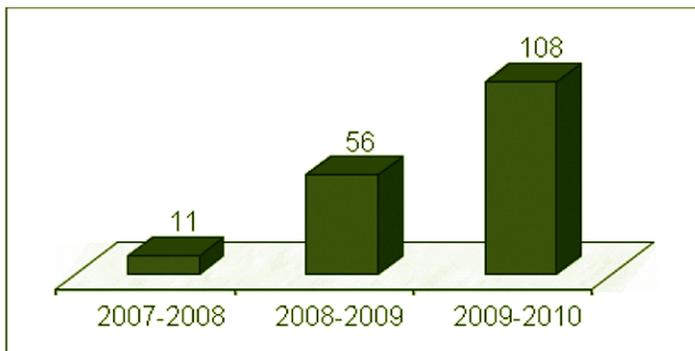
28 Ley 1109 de diciembre de 2006. Por la cual Colombia adhiere al Convenio Marco de Lucha Antitabáquica Declarado exequible mediante Sentencia C-655 de 29 de agosto de 2007.

tación para generar espacios libres de humo; reglamentación sobre etiquetado y empaquetado; educación antitabaco y prohibición de la venta a menores de edad que busca limitar el fácil acceso de niños a este flagelo. Al respecto, se resalta el reconocimiento internacional que realizó la OMS a la Ley Colombiana No. 1335 de 2009, como una de las leyes que a nivel mundial aborda de manera más integral lo propuesto en el Convenio Marco para el control del tabaco, quedando pendiente por abordar solo: precios e impuestos, comercio ilícito de productos de tabaco (contrabando) y apoyo a alternativas al cultivo de tabaco económicamente viables. Desde 2007 se ha promovido la estrategia de “ambientes libres de humo” e “Instituciones educativas libres de humo”.

- » Además, se dio mayor prioridad y se posicionó en la agenda pública el tema de la prevención y control de las enfermedades crónicas, las cuales no eran visibles a pesar de su impacto en la morbilidad y en el Sistema, para lo cual conformó la Mesa intersectorial de Enfermedades Crónicas y se llevó a cabo el Primer simposio Nacional de Enfermedad Crónicas, logrando un espacio y capacitación nacional alrededor de la vigilancia y control de las enfermedades crónicas. En 2007 se logró la aprobación del proyecto de “Implementación del observatorio de enfermedades crónicas en Colombia” por parte de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública – IANPHI, el cual actualmente está en implementación.

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentra el Hipotiroidismo Congénito, existe en Colombia datos de la frecuencia de la enfermedad cuyos valores oscilan entre 1:1.886, 1:2.500 y 1:3.3.484.

**Grafico No. 17**  
**Casos de Hipotiroidismo notificados**  
**2006-2010**



*Fuente: Instituto Nacional de Salud*

### 3.5. Salud mental y Farmacodependencia

En el año 2006 se elaboró y difundió la Política Nacional para la reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA, la cual ha orientado las acciones desarrolladas en el cuatrienio. En el 2007 se diseñó un modelo de inclusión social del adicto a las drogas en el escenario del Sistema de la Protección Social. Con cofinanciación de la CICAD-OEA se elaboró una estrategia nacional para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar, la cual se implementó en 22

municipios del país. Igualmente, se implementó la estrategia para la minimización de riesgos y daños asociados al consumo inmoderado de alcohol en 5 ciudades capitales del país.

En los últimos dos años el Ministerio triplicó de forma histórica la inversión en proyectos salud mental y prevención de consumo de SPA, parte de estos recursos han sido ejecutados en convenio con la Oficina de las Naciones Unidas de lucha contra la droga y el delito- UNODC.

### Cuadro No. 89 Recursos en acciones de salud mental y prevención de consumo de SPA

2006 – 2010

Millones de pesos

Año	Presupuesto General de la Nación
2006	1.055,1
2007	1.323,2
2008	2.501,8
2009	6.689,4
2010	4.300,0
Total cuatrienio	15.869,5

*Fuente: DGSP/MPS*

Entre los logros más relevantes en los dos últimos años se destacan:

- » La creación de 29 *comités departamentales y municipales de prevención y control de drogas*, que permiten la coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- » El desarrollo de los modelos de Inclusión Social para consumidores de SPA, modelo de base comunitaria y enfoque participativo; así como la formulación del Plan Nacional de Formación para el Mejoramiento de la Capacidad Institucional y Comunitaria en Consumo de SPA, VIH y otras situaciones asociadas (CRIC I y CRIC II).
- » Además, en 2009 se financió y acompañó técnicamente a 18 proyectos en 17 municipios y 11 departamentos para el desarrollo y operación de la estrategia de “Zonas y Centros de Escucha Comunitaria” para la prevención del consumo de SPA, la promoción de la salud y la mitigación del impacto del consumo de SPA en las comunidades. Igualmente, se apoyó financieramente 9 proyectos de “zona de orientación escolar” ZOE en 9 instituciones educativas del país que buscan conformar redes de apoyo comunitaria y recursos institucionales para la reorientación de casos con trastornos mentales.
- » De otra parte, se apoyó la elaboración de los planes de acción de organizaciones juveniles del país para el desarrollo de acciones de prevención y mitigación del consumo con pares en 15 departamentos y 17 ciudades del país.
- » En alianza con el Ministerio de Educación Nacional, se desarrolló el Módulo de Orientaciones Pedagógicas para la Promoción de Estilos de Vida Saludables y se incluyó el componente de salud mental en APS en el marco del programa de Escuelas Saludables

y en las zonas de orientación escolar, para que en estos ámbitos realice prevención del consumo de SPA y tamizaje, canalización y primeros auxilios en salud mental. Al respecto se resalta la experiencia exitosa de escuelas saludables en Risaralda. Igualmente, se desarrolló un modelo pedagógico para la conformación de redes familiares y clubes juveniles como estrategias para la prevención del consumo de SPA.

- » Se elaboró los modelos de tamizaje y evaluación de problemas de consumo de SPA; de salud mental en APS y el de Redes de Atención Primaria en Salud-APS en salud mental y consumo de SPA, los cuales están siendo implementados a nivel nacional y territorial a través del plan nacional de salud mental; adicionalmente se incluyeron en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes a fin de construcción de sistemas de detección temprana, referencia y contrarreferencia.
- » A fin de lograr la inclusión socio-laboral de personas con patología mental controlada, se financió y acompañó técnicamente a 11 programas de Centros de Atención en Drogadicción CAD en el país; adicionalmente se desarrolló e implementó el Modelo de inclusión social en 4 ámbitos comunitarios.
- » El Ministerio ha venido impulsando la integración de estrategias comunitarias con los actores de las redes del buen trato y los ejecutores territoriales de la política de reducción de la demanda de SPA en municipios y departamentos; en el año 2009 se trabajó en 3 departamentos y 3 municipios.
- » Se desarrolló la guía rehabilitación basada en la comunidad en salud mental y se capacitó a líderes comunitarios de población en situación de desplazamiento en tamizaje, canalización y rehabilitación.
- » Se validó los instrumentos de tamizaje para Colombia y se estandarizaron tres instrumentos específicos para la detección temprana de alteraciones en la salud mental (Apgar familiar, SQR, RQC) y se elaboró la guía de primeros auxilios en salud mental en emergencias y desastres.
- » Construcción de ruta nacional de atención en salud mental para el tamizaje, detección y canalización de pacientes en el marco del componente de salud mental en APS y adecuación de rutas en 4 departamentos y 15 municipios.

El Fondo Nacional de Estupefacientes en el periodo 2006 - 2009 ejecutó proyectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, beneficiando diversas poblaciones de los Departamentos del país así:

**Cuadro No. 90**  
**Proyectos Ejecutados**

Tema	Numero de proyectos ejecutados cuatrienio	Departamento beneficiado	Población objeto
Capacitación para la prevención de la Fármacodependencia	7 Proyecto / 2006	Córdoba, Bolívar, Santander, Tolima, Bolívar, Santander	10.000 personas entre Adultos, jóvenes y niños
	7 Proyectos/2007	Santander, Cundinamarca	7644 personas, entre jóvenes, adultos y niño
	3 Proyecto/2009	Quindío, Santander	3465 personas, entre niños, jóvenes y adultos
Proyectos dirigidos a realizar el diagnostico de las poblaciones	1 Proyecto/2008	Santander	3000 estudiantes de secundaria y primer semestre de universidad
Capacitación en el Uso Racional de medicamentos de control especial	1 Proyecto/2007	Guajira	8.356 entre jóvenes y pacientes de la UAICA
	10 Proyectos/2008	Córdoba, Arauca, Sucre, Cundinamarca, Santander, Guaviare, Quindío	2523 personas (profesionales de la salud y personal dispensador de medicamentos).
	1 Proyecto/2009	Córdoba	3763, personal de salud y personas que distribuyen medicamentos.
Proyectos dirigidos al manejo adecuado del tiempo libre	1 Proyecto/2009	Cundinamarca	200 estudiantes del colegio Departamental Ricardo Hinestroza de la Vega
Tratamiento y Rehabilitación	1 Proyecto/2006	Cundinamarca	Pacientes UAICA Santa Clara
	1 Proyecto/2007	Caldas	15 personas de entre 14 y 60 años
	1 Proyecto/2008	Quindío	Pacientes del Instituto de Salud del Quindío
	2 Proyectos /2009	Valle del Cauca	25 pacientes de la Fundacion Villa del Angel
		Antioquia	2300 estudiantes (prevención) 60 pacientes de la ESE Carisma

Fuente : Fondo Nacional de Estupefacientes

### 3.6. Seguridad Alimentaria y Nutricional

Quizá el mayor logro en materia de seguridad alimentaria y nutricional fue el contar por primera vez con una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, formulada con la participación intersectorial en el año 2008 y adoptada mediante Conpes social 113; La Política se enmarcó en el Plan Nacional de Desarrollo a fin de cumplir los compromisos adquiridos en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación”, la cual ratifica los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.

En el marco de esta Política y ante el lento progreso de las estrategias en materia de Seguridad Alimentaria y Nutricional en términos de resultados, el Ministerio aumentó el presupuesto para la realización de acciones sectoriales, así como la promoción y articulación con otros sectores involucrados; entre 2006 y 2009 el presupuesto del nivel central pasó de \$60 millones a precios constantes de 2010 a \$5.726 millones constantes en el año 2009.

A fin de aprovechar y potenciar los desarrollos realizados por otras instituciones, los recursos del año 2009 se ejecutaron a través de un Convenio de cooperación con el Programa Mundial de Alimentos, Acción Social y Unicef, quienes aportaron \$3.671 millones de pesos adicionales; el convenio abordó cuatro líneas de acción: política de SAN; estrategia Resa CUNA; lactancia materna y asistencia técnica.

Como resultado de la línea de política de dicho convenio se elaboró una propuesta de Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional concertado con la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria CISAN, dicho plan busca operar la Política Nacional de SAN; igualmente; se realizó asistencia técnica a 19 departamentos 3 distritos y 9 municipios<sup>29</sup> los cuales ya cuentan con planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional; en esta misma línea se inició el observatorio de SAN con apoyo de la FAO.

De otra parte, se implementó la estrategia ReSA-CUNA (Red de Seguridad Alimentaria-Culinaria Nativa) en los municipios de Tumaco, Buenaventura, Quibdó y Guapi, con un total de 7.990 familias beneficiarias. El objetivo de dicha estrategia es reconocer la importancia del aporte nutricional de productos autóctonos de cada región y mejorar el uso de alimentos típicos en menús saludables (Incluye entrega de recetario, kit de manipulación de alimentos, y kit de cocina). En estos cuatro municipios del Pacífico se realizó el análisis de la situación de salud con énfasis en SAN.

Se capacitó a las entidades territoriales en el Manual de alimentación y nutrición para gestantes con VIH y se desarrollaron los siguientes documentos: propuesta técnica para articular IAMI-AIEPI; propuesta de reglamentos del comité de micronutrientes; ruta de atención de la desnutrición e inclusión en el POS de la recuperación nutricional; modelo de vigilancia nutricional; manual de rotulado nutricional para consumidores e industriales.

En la línea de lactancia materna, en el 2009 se realizó la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008, el cual sirvió de insumo para la formulación de un nuevo Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 el cual será validado y difundido en el 2010. Además en el 2009, se realizó fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral a la Mujer y la Infancia - IAMI en ocho departamentos (Boyacá, Cauca, Huila, Nariño, Córdoba, La Guajira y el municipio de Bello en Antioquia). En total se capacitaron 91 equipos de salud en IAMI en 20 municipios y 35 IPS y se formaron 33 evaluadores externos de la estrategia. Durante el cuatrienio se fortaleció además la implementación de IAMI en: Bolívar, Arauca, Sucre, Chocó, Valle del Cauca, Santander, Bogotá, Antioquia, Caquetá y Guaviare.

29 Magdalena, Cesar, Córdoba, Casanare, Meta, Guainía, Vaupés, Guaviare, Amazonas, Caquetá, Putumayo, Huila, Risaralda, Quindío, Boyacá, Cauca, Chocó, La Guajira, Sucre, Bogotá, Barranquilla y Santa Marta.

Como estrategia de comunicación se realizó la producción y emisión de 21 programas de TV de “Cocinando Ando”, con emisión quincenal en el canal institucional y en 7 canales regionales y se diseñó un plan de medios para lactancia materna, alimentación complementaria, y promoción de actividad física, con el desarrollo de videos educativos, cuñas radiales y comerciales con difusión nacional y regional.

Con respecto de los casos de intoxicación notificados, en el Cuadro No. 91 se presenta el número de casos de intoxicación por diferentes causas, en el período comprendido entre julio de 2006 a febrero de 2010. Por intoxicaciones, lesiones por pólvora y Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), Bogotá es el ente territorial que ha notificado el mayor número de casos durante el periodo informado.

**Cuadro No. 91**  
**No. de Casos de Intoxicaciones notificadas**  
**2006-2010**

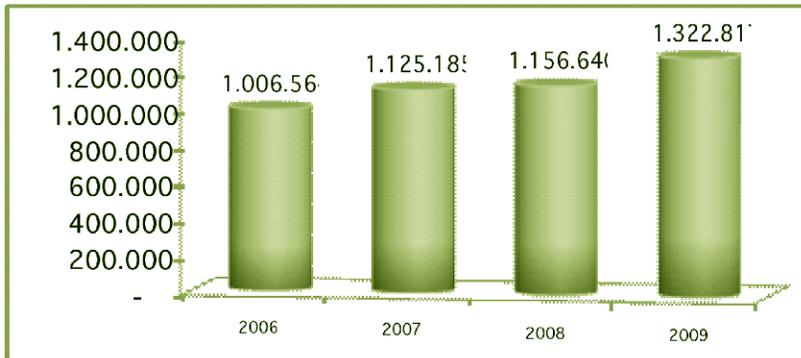
Evento	2006-2007	% Variación	2007-2008	% Variación	2008-2009	% Variación	2009-2010
Intoxicación x plaguicidas	4.904	-27,8%	3541	34,1%	4.749	71,9%	8.163
Intoxicación x fármacos	1.541	4,5%	1610	102,6%	3.262	14,9%	3.748
Intoxicación x metanol	76	75,0%	133	-0,8%	132	-37,9%	82
Intoxicación x metales	46	8,7%	50	-46,0%	27	844,4%	255
Intoxicación x solventes	133	21,1%	161	59,0%	256	99,2%	510
Intoxicación x otros químicos			1887	120,2%	4.156	82,3%	7.575
Lesiones por pólvora	782	-59,3%	318	34,3%	427	-2,8%	415
ETA	7.103	-22,2%	5529	104,8%	11.323	-14,7%	9.653

*Fuente: Instituto Nacional de Salud.*

El ICBF con el fin de contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional en la primera infancia, atendió niños y niñas menores de 6 años, de niveles 1 y 2 del SISBEN mediante el programa **Desayunos Infantiles con Amor –DIA-**, el cual pasó de atender a 1.006.564 niños y niñas en 2006 a 1.322.817 en 2009, lo cual representa un aumento en la cobertura del 31% para este periodo (ver gráfico No. 18). La meta para 2010 es brindar este complemento alimentario a más de 1,6 millones de niños y niñas con una inversión de \$175.000 millones. A marzo 31 de 2010 se han atendido 1.322.817 niños y niñas.

Como un logro importante en la gestión de este programa, se destaca la contratación a través de Bolsa Nacional Agropecuaria, lo cual permitió un ahorro de \$53.260 millones en el periodo 2006 – 2010.

**Gráfico No. 18**  
**Niños beneficiados mediante el Programa DIA**  
**2006 – 2009**



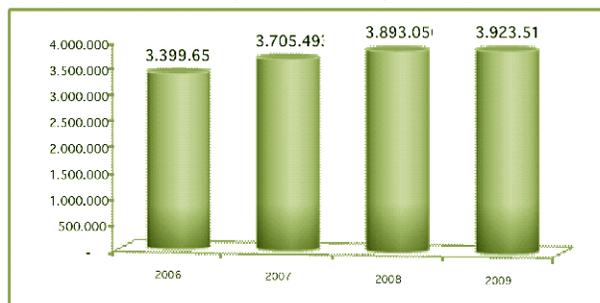
Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Con el fin de contribuir a mejorar el desempeño académico, promover el ingreso y la permanencia en el sistema educativo y promover la formación de hábitos alimentarios saludables, el ICBF ha venido implementando el **Programa de Alimentación Escolar- PAE**.

Mediante este programa estratégico se pasó de atender a 3.399.653 niños y niñas en 2006 a 3.923.511 en 2009, lo cual representa un incremento de cobertura del 15% para este periodo (ver gráfico No. 19). Para la vigencia 2010 la meta es atender a 4.026.198 escolares con una inversión superior a los \$400.000 millones. A marzo 31 de 2010 se ha logrado la atención de 3.969.465 niños y niñas.

El programa en 2006 y 2007 operó durante 142 días, en 2008 aumentó su atención a 157 días, en 2009 a 167 días y la meta para la vigencia 2010, es atender durante 180 días al año mediante la entrega del desayuno o almuerzo a niños escolarizados entre 5 y 9 años.

**Gráfico No. 19**  
**Niños beneficiados mediante el PAE**  
**(2006 - 2009)**



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

En el año 2007, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, como respuesta a la emergencia en el Departamento de Chocó, en donde se presentaron 12 muertes de niños por desnutrición, definió implementar dos **Centros de Recuperación Nutricional (CRN)** en los municipios de

Quibdó y Carmen del Darién. Así mismo, considerando la situación crítica de desnutrición en la población menor de cinco años, reportada por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, en el 2008 se pusieron en marcha 22 CRN en el territorio nacional.

Para la vigencia 2009 se encontraban en funcionamiento 91 Centros de Recuperación Nutricional en 12 departamentos del país, con una inversión de \$3.145 millones. En la actualidad se encuentran operando 93 Centros de Recuperación Nutricional en 13 departamentos con una inversión de \$6.300 millones, logrando la atención de 12.387 niños y niñas, desde el 2007 a 28 de febrero de 2010.

### 3.7. Seguridad Sanitaria y Ambiental

Además de las acciones en materia de fortalecimiento de las medidas sanitarias y fitosanitarias MSF, el Ministerio formuló por primera vez unos lineamientos técnicos para la política de salud ambiental, lo cual permite a las Direcciones Territoriales de Salud priorizar líneas de acción con la consecuente formulación del Modelo de Gestión en Salud Ambiental - CONPES 3550; en cumplimiento de este se viene liderando el proceso de conformación del CONASA (Comité Nacional de Salud Ambiental) que busca articular a las diferentes entidades del área técnica en salud ambiental y promover la efectiva coordinación de políticas de salud y ambiente. Igualmente, se protocolizó el Plan de Acción de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Prevención y el Control de la Contaminación del Aire – CONAIRE y se formalizó la participación de este Ministerio.

De otra parte, en cumplimiento de nuestras competencias, se viene realizando análisis revisión y actualización de la base de datos de plaguicidas y expedición de conceptos toxicológicos y registros sanitarios de sustancias químicas y plaguicidas, así como permisos de experimentación.

Para finalizar, se resalta la expedición del vademécum colombiano de plantas medicinales y se adoptó oficialmente como requisito indispensable para la expedición de registros sanitarios de los productos fitoterapéuticos tradicionales, mediante la resolución 2834 de 2008.

### 3.8 Salud oral

En el 2008 se retomó el tema de salud oral como problemática de interés en salud pública, recuperando el liderazgo de la salud oral en el nivel central; lo cual ha permitido brindar orientación y asistencia técnica a los diferentes actores del sistema y la asignación de referentes de salud bucal en 30 departamentos. A la fecha 27 entidades territoriales (75%), incluyeron el componente de salud bucal en los planes territoriales y destinaron recursos para el desarrollo de las acciones y estrategias establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

En el 2009, se desarrolló la primera fase para el IV Estudio Nacional de Salud Bucal el cual permitirá contar con información actual que permita planear acciones de salud bucal de forma más ajustada a la realidad.

Adicionalmente, en el periodo 2008-2009 se fortaleció la articulación de entidades territoriales, EPS, universidades, gremios, e IPS alrededor de la concertación y seguimiento de estrategias y metas en salud bucal y se avanzó en la articulación del tema de salud bucal en las Estrategias AIEPI e IAMI.

## 4. PROMOCIÓN SOCIAL

### 4.1 Políticas y programas para poblaciones vulnerables

Las acciones en materia de promoción social están orientadas a brindar beneficios a la población con mayor grado de exposición a condiciones de vulnerabilidad, destacándose: infancia y adolescencia, adulto mayor, población desplazada, discapacitados, grupos étnicos, etc. Durante el período 2006 – 2010, se transfirieron recursos de concurrencia por valor de \$219,183, millones a las entidades territoriales con el fin de apoyar la atención de las poblaciones vulnerables.

#### 4.1.1 Infancia y jóvenes

Se ha realizado asistencia técnica, publicación y monitoreo al desarrollo de: i) Marco de Políticas Públicas de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio – Guía para Alcaldes, ii) Política Nacional de Primera Infancia, CONPES Social N° 109, iii) definición de un modelo de atención para la primera infancia, SISBEN 1, 2 y 3. iv) construcción del sistema de seguimiento y evaluación de los derechos durante la primera infancia, definición del sistema de calidad de la atención para los programas de atención integral a la primera infancia, entre otros. V) Plan Nacional para la niñez y la adolescencia “Niños y Niñas Felices y con Iguales Oportunidades”: construido con participación social del sector público, privado, la academia, los organismos internacionales y los niños, las niñas y adolescentes.

Se avanzó en la reglamentación del Código de la Infancia y la Adolescencia, con proyectos normativos: i) Decreto 4690 del 3 de Diciembre del 2007, por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la ley, ii) Circular Externa 054 de septiembre 9 de 2008, con instrucciones para la atención en los servicios de urgencias de la población infantil y adolescente iii) Elaboración de estudio de sostenibilidad y de propuesta para la CRES para la eliminación de copagos y cuotas moderadoras para la atención en salud a los menos de 5 años y en el caso de los adolescentes en la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, iv). Decreto 1677 de 2008, por medio del cual se actualiza la clasificación de trabajos prohibidos.

Publicación del estudio sobre Inequidades Sociales en la Infancia y la Adolescencia, que define indicadores de vulnerabilidad, con línea de base 2005, y es de gran utilidad para la toma de decisiones en la reducción de inequidades en la población menor de 18 años. Se capacitaron más de 150 personas en el manejo, análisis e interpretación de los indicadores con participación del sector público y privado del orden nacional y territorial.

### Cuadro No. 92 Atención integral a la niñez

Atención Integral a la Niñez Ofrecida por las CCF Julio 2006 - Diciembre 2009						
Año	Coberturas	Variación %	Apropiación Anual (Millones \$)	Variación %	Costo Anual (Millones \$)	Variación %
2o Semestre 2006	741.379		26.577		24.944	
2007	585.641	- 26,59	54.161	50,93	55.179	54,79
2008	239.308	- 144,72	63.689	14,96	63.793	13,50
2009	225.092	- 6,32	75.599	15,75	75.919	15,97
Enero a Marzo 2010	158.580		20.476			

Fuente: Información presentada por las CCF durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009. – División Operativa- Superintendencia del Subsidio Familiar.

Se realizaron ajustes a los procesos de reporte a cargo de las Cajas de Compensación, hecho que se ve reflejado como una disminución en la cobertura; esta Entidad trabaja arduamente para dar cumplimiento al artículo 29 de la Ley 1098 de 2006, capacitando a las vigiladas para que ofrezcan programas integrales que brinden componentes de salud no POS, nutrición, educación inicial, cuidado a los niños vulnerables de (0) a (6) años.

### Cuadro No. 93 Jornada Escolar Complementaria

JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA OFRECIDA POR LAS CCF JULIO DE 2006 - DICIEMBRE 2009						
AÑO	COBERTURAS	VARIACION %	APROPIACION ANUAL (Millones \$)	VARIACION %	COSTO ANUAL (Millones de \$)	VARIACION %
2o Semestre 2006	2.464.397		19.572		16.209	
2007	1.527.078	- 61,38	39.650	50,64	39.556	59,02
2008	1.837.237	16,88	36.775	- 7,82	36.805	- 7,47
2009	2.458.306	25,26	37.993	3,21	39.092	5,85
Enero a Marzo 2010	738.334		10.289			

Fuente: Información presentada por las CCF durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009. – División Operativa- Superintendencia del Subsidio Familiar.

Para el año 2009 las Cajas cuentan con lineamientos trabajados conjuntamente Superintendencia del Subsidio Familiar – Ministerio de Educación Nacional, para que les desarrollen en el tiempo libre de los niños y jóvenes estudiantes en condiciones de vulnerabilidad, programas integrales de gran impacto social, resultados que pueden observarse en la vigencia 2009 con el ofrecimiento de programas integrales en modalidades Artística y Cultural 49,52%, Ciencia y Tecnología 30,87%, Escuelas Deportivas 13,64% y Ambiental 5,97%, logrando mejorar con el aprovechamiento del tiempo libre la calidad de vida de los niños y jóvenes en cumplimiento de la Constitución Política y del artículo 14 de la Ley 115 de 1994, modificado por la Ley 1029 de 2006.

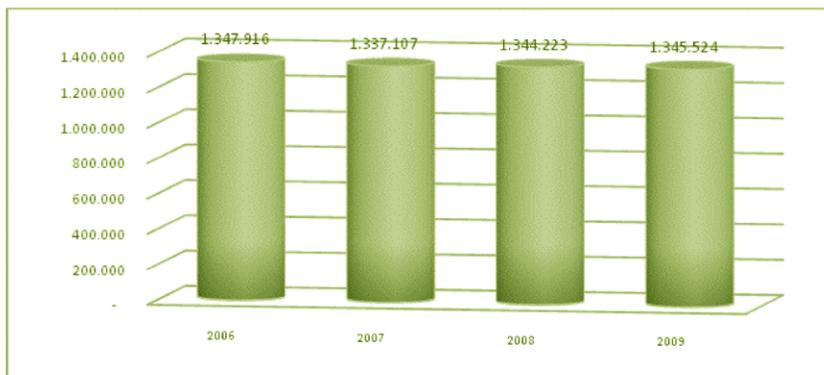
Uno de los principales programas implementados por el Instituto es el de Hogares del ICBF. Como se puede observar en el gráfico 20, este importante programa ha mantenido estable su

cobertura durante el periodo 2006 – 2009. Para este último año se logró beneficiar a 1.345.524 usuarios, con una inversión de \$783.000 millones equivalentes al 27% del total de presupuesto de inversión del ICBF para la vigencia 2009. A marzo 31 de 2010 se han atendido 1.335.674 usuarios.

Una de las prioridades del cuatrienio, ha sido la cualificación de los servicios prestados a la primera infancia a través de los Hogares del ICBF. Para ello, a partir de 2007 se han venido mejorando las condiciones de habitabilidad de las viviendas donde funcionan los Hogares, mediante un estímulo para fomentar la cultura del ahorro en las madres comunitarias. Este estímulo estaba condicionado a que durante ese año las madres se afiliaran al Fondo Nacional del Ahorro con la posibilidad de acceder a créditos para lograr espacios más amables para la Primera Infancia.

A abril de 2010 66.774 madres comunitarias se encuentran afiliadas al Fondo Nacional del Ahorro, lo cual representa un total de ahorros de \$15.500 millones. Esto ha permitido la aprobación de 4.054 créditos por \$38.237 millones.

### Gráfico No. 20 Niños beneficiados mediante el Programa de Hogares del ICBF 2006 - 2009



*Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*

De otra parte, entre el 2007 y el 2010 se han realizado 2.755 mejoramientos de vivienda en Hogares Comunitarios de Bienestar HCB, con una inversión de \$13.600 millones, priorizando aquellos Hogares que aún tenían pisos en tierra o arena, y teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población o sector, la situación de desplazamiento forzado, las condiciones de la población como la diversidad cultural y socioeconómica y regiones con alto índice de necesidades básicas insatisfechas.

En convenio con el Ministerio de Educación Nacional, se ha venido desarrollando el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia, el cual se opera conjuntamente mediante tres modalidades: 1) entorno familiar; 2) entorno comunitario y 3) entorno institucional. Desde 2007 a 31 de diciembre de 2009 se ha logrado la atención de 212.750 niños y niñas, lo cual representa un cumplimiento del 53% de la meta programada para el cuatrienio de atender de manera integral a 400.00 niños y niñas.

En enero de 2008, a través de la ley 1187 se realizó un incremento a la bonificación que reciben las madres comunitarias, de manera que dicha bonificación corresponda al 70% de un salario

mínimo. En el 2009, se autorizó un incremento del 7.67% (\$348.180), igual al índice de crecimiento de la inflación y para el 2010, en cumplimiento con lo ordenado por la Ley 1187 se realizó un incremento de 3,6% (\$360.780) superior al índice de crecimiento de la inflación. Adicionalmente, las madres comunitarias cuentan con un régimen especial en seguridad social con los siguientes beneficios: 1) la madre comunitaria cotiza el 4% de su bonificación y tiene derecho al régimen contributivo con su núcleo familiar; y 2) se eliminan las condiciones de edad y tiempo cotizado y aquellas que fueron sancionadas, que se retiraron o dejaron de pagar pueden volver a afiliarse.

Dentro de otros beneficios, cabe señalar la exención del cuatro por mil a los recursos que reciben las Asociaciones de Hogares Comunitarios de Bienestar para la operación del programa; la estratificación especial para los HCB, considerándolos como estrato 1 para efectos de facturación en los servicios de acueducto, aseo y alcantarillado; y boletines de prensa, programas de televisión, radiales, y diseño y publicación del periódico de Madres Comunitarias para fortalecer y cualificar los canales de comunicación entre la Dirección General del ICBF y las madres comunitarias.

Otro de los logros en cualificación de este programa es la capacitación, formación y profesionalización brindada a las madres comunitarias. A través de un convenio con el Ministerio de Educación Nacional, 1.289 madres fueron alfabetizadas y en la actualidad no hay madres comunitarias analfabetas. Adicionalmente, 7.034 se encuentran adelantando ciclos de educación básica y media.

Asimismo, 14.170 madres fueron capacitadas en alianza con la empresa privada para fortalecer sus competencias en pautas de crianza, atención a primera infancia, lenguaje, motricidad fina, alimentación, entre otros. Para el 2010 se capacitarán 6.000 madres más. En el 2007, el ICBF en alianza con el SENA y el MEN, diseñó un programa de 6 módulos de formación técnico laboral de atención integral a la Primera Infancia para las madres comunitarias. En el marco de este programa 4.125 madres iniciaron el proceso y 400 ya se graduaron.

Con el fin de mejorar la calidad de los programas ya existentes para la atención a la Primera Infancia, el ICBF viene desarrollando, el proyecto Fiesta de la Lectura, que busca enriquecer y cualificar las prácticas pedagógicas. El proyecto se desarrolla a través de la conformación de Bibliotecas para la Primera Infancia, así como de la formación, acompañamiento y evaluación permanente a los agentes educativos involucrados en el proyecto. A través del proyecto se han beneficiado 39.616 niños con una inversión de \$4.000 millones.

Con el fin de apoyar con herramientas conceptuales y prácticas la labor de las madres comunitarias, durante la vigencia 2009 se entregaron 78.700 ejemplares del libro: “Los primeros años” en convenio con la Fundación Secretos para Contar, y se capacitaron 11.000 Madres de las 33 Regionales a través de 132 talleres para que desde su trabajo desarrollen actividades que fortalezcan las competencias en salud y nutrición, propias de los primeros años de vida de niños y niñas.

Otra de las acciones desarrolladas para favorecer el componente pedagógico que debe desarrollar la madre comunitaria diariamente con los niños, es la compra y entrega oportuna de material didáctico duradero y estandarizado al 100% de los HCB para un buen desarrollo de los niños. En 2007 se entregaron 63.787 kits de materiales didácticos con una inversión de \$4.550 millones; en 2008 se entregaron 64.139 kits de instrumentos musicales con una inversión de \$4.500 millones y en 2009 se entregaron 70.893 kits de juego simbólico y de roles con una inversión de \$4.000 millones. Para la vigencia 2010 se entregarán kits de pensamiento y desarrollo lógico elaborados en madera.

Para la construcción de nuevas obras y la adecuación de espacios amables para la primera infancia se cuenta con un presupuesto aproximado de \$587.000 millones.

Con estos importantes recursos – algunos de los cuales se han venido ejecutando desde el 2003 – el País contará en 2010 con 1.960 obras de infraestructura de las cuales 896 corresponderán a construcciones nuevas y 1.064 serán obras de adecuación o ampliación. A través de estas intervenciones se beneficiará a un total de 162 mil niños y niñas y 7.100 madres comunitarias.

El ICBF a través de los Clubes prejuveniles y juveniles, generó espacios para la construcción de valores y el desarrollo de proyectos grupales y de emprendimiento para la formación y apoyo de proyectos de vida de niños, adolescentes y jóvenes. Durante la vigencia 2009 se beneficiaron 110.899 adolescentes y jóvenes a través de 7.442 unidades de atención, logrando atender a 36.909 adolescentes más que en 2006. Lo anterior, representa un incremento en la atención del 50%. A marzo 31 de 2010 se ha logrado la atención de 26.937 adolescentes. En 2009 el presupuesto para este programa fue de \$15.052 millones, mientras que en 2006 fue de \$14.835 millones.

La adopción es una medida de protección que restituye el derecho fundamental de los niños con declaratoria de adoptabilidad, a pertenecer, crecer y desarrollarse en una familia definitiva. De acuerdo con el artículo 61 del Código de Infancia y Adolescencia, a través de la adopción se establece de manera irrevocable, la relación paternofilial entre personas que no la tienen por naturaleza.

En el 2009, 2.753 niños, niñas y adolescentes cuentan con familia adoptiva asignada. Es importante mencionar que del total de asignaciones 824 corresponden a niños y niñas con necesidades y características especiales y 1.153 niños y niñas fueron asignados a familias colombianas.

#### Cuadro No. 94 Adopciones 2006 – 2009

	2006	2007	2008	2009
Total adopciones	2.762	3.077	2.542	2.753
Niños asignados por ICBF	2.353	2.690	2.161	2.355
Niños asignados por instituciones autorizadas	409	387	381	398

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Uno de los principales avances durante el cuatrienio fue la expedición de la Ley 1098 de 2006, y con ella el establecimiento del Sistema de Responsabilidad Penal para los Adolescentes, el cual se encuentra operando en todos los distritos judiciales del país para garantizar el ejercicio del derecho a un debido proceso a los adolescentes investigados y juzgados. Como se puede observar en el cuadro 95, en 2009 fueron atendidos 21.492 adolescentes con una inversión de \$25.388 millones.

#### Cuadro No. 95 Usuarios, cupos e inversión en el SRPA 2007 – 2009

Ley 1098/06 SRPA	2007	2008	2009
Cupos	756	2.425	3.339
Usuarios	1.369	12.147	21.492
Inversión* (millones de \$)	845	12.886	25.388

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

### 4.1.2 Adulto mayor

Definición de Lineamientos Técnicos para mejorar la calidad de la atención de las personas mayores en las instituciones de promoción y protección social (ancianatos, hogares, residencias, otros) a partir del enfoque de derechos.

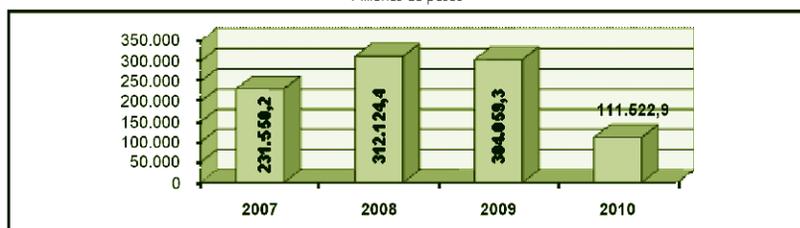
Se desarrolló la Metodología de participación de y para los Adultos Mayores, MIPSAN, elaborada mediante Convenio con la Universidad Nacional de Colombia. Ésta se viene aplicando en proyectos ejecutados y cofinanciados por los entes territoriales con recursos transferidos por la Nación. Junto con otras entidades nacionales se participa interinstitucionalmente en la formulación del documento CONPES de envejecimiento y vejez. A la fecha, la política se ha difundido entre diferentes actores incluido el 100% los entes territoriales.

### Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM

Durante el actual cuatrienio con corte a mayo de 2010, el Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM, benefició a un total de 573.472 personas adultas mayores, de acuerdo con el indicador de máxima cobertura alcanzada<sup>30</sup>, en 1.099 municipios del país. Lo anterior en cumplimiento de la Ley 1151 de 2007, Plan Nacional de Desarrollo, que estableció como meta estratégica la ampliación de cobertura del Programa PPSAM hasta llegar a un total de 600.000 beneficiarios.

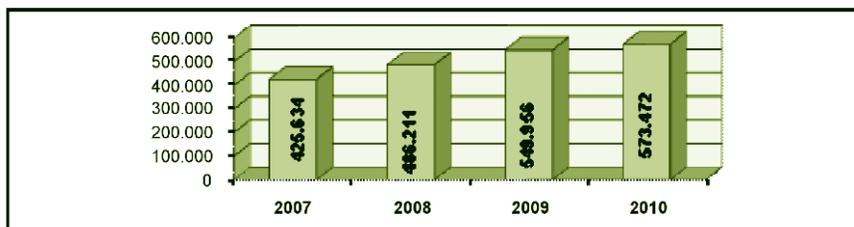
Los siguientes gráficos muestran el comportamiento consolidado del Programa PPSAM durante el cuatrienio, respecto al criterio presupuestal determinado por valor total de subsidios programados, en millones de pesos, y a las máximas coberturas alcanzadas.

**Gráfico No. 21**  
**Valor Total Subsidios PPSAM**  
**2007 – Marzo 2010**  
Millones de pesos



Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

**Gráfico No. 22**  
**Máximas Coberturas PPSAM 2007 – Marzo 2010**



Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

30 Número total de Personas beneficiadas desde el inicio del Programa PPSAM, puede ser superior al número total de cupos asignados debido a la rotación de cupos causada por las novedades derivadas de la aplicación de diferentes criterios de retiro del Programa y de los consiguientes reemplazos.

Analizada la información relacionada con el Programa según criterios de vulnerabilidad socioeconómica y según consideraciones de tipo poblacional y territorial, el PPSAM presentó el comportamiento descrito a continuación durante el periodo descrito.

**Criterio poblacional.** De acuerdo con la perspectiva de género, el PPSAM en el periodo 2007 a 2010, el 58,76% de los beneficiarios fueron mujeres y el 41,23% fueron hombres.

Respecto a la estructura etárea, durante el lapso de 2007 a 2010, el 4,0% de los beneficiarios presenta edades entre 51 y 60 años, el 29,6% entre 61 y 70 años, el 43,8% se encuentra entre los 71 y 80 años, el 19,5% está entre los 81 y 90 años, el 2,9% entre los 91 y los 100 años, y el restante 0,2% está compuesto por mayores de 100 años.

Con base en lo anterior se hace evidente una importante participación de beneficiarios con edades comprendidas entre los 71 y 80 años, seguida por el grupo de edad entre 61 y 70 años.

**Criterio territorial.** En la tabla presentada más adelante se ofrece una síntesis comparativa de la participación por Departamento de las personas adultas mayores dentro del Programa de Protección Social al Adulto Mayor para el periodo 2007-2010, representada en el indicador de máxima cobertura alcanzada. La participación descrita refleja la heterogeneidad del envejecimiento por regiones de Colombia, más acentuado en zonas urbanas y en los departamentos de la región andina.

**Cuadro No. 96**  
**Participación Departamental PPSAM**  
**2007 – 2010**

Departamento	% Participación	Departamento	% Participación
Amazonas	0,15	Huila	3,96
Antioquia	12,86	La Guajira	1,64
Arauca	0,49	Magdalena	2,44
Atlántico	4,39	Meta	1,60
Bogotá D. C.	3,24	Nariño	4,83
Bolívar	4,40	Norte de Santander	3,89
Boyacá	5,35	Putumayo	1,05
Caldas	3,10	Quindío	1,58
Caquetá	1,03	Risaralda	2,03
Casanare	0,85	San Andrés	0,18
Cauca	4,20	Santander	5,90
Cesar	2,55	Sucre	2,65
Choco	0,95	Tolima	4,72
Córdoba	4,11	Valle del Cauca	8,34
Cundinamarca	7,00	Vaupés	0,13
Guainía	0,16	Vichada	0,05
Guaviare	0,18		

*Fuente: Consorcio Prosperar, abril 2010*

Durante el periodo 2007-2010 se implementó la prueba piloto determinada por el Conpes 105 de 2007, en 53 municipios del país que hacen parte del Centro de Coordinación de Acción Integral, municipios en los cuales los beneficiarios del Programa de Protección Social al Adulto Mayor y del Programa de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta”

reciben un subsidio integral conformado por dinero, complemento alimentario y servicios sociales complementarios (actividades educativas y lúdico recreativas).

En el cuatrienio descrito, se resalta como el logro más significativo en desarrollo del Programa de Protección Social al Adulto Mayor –PPSAM, la ampliación de cobertura en 192.861 nuevos cupos realizada en abril 23 de 2007, mediante Resolución 1187, lo que significó para el programa un crecimiento del 90,7%.

Así mismo, se denota como avance en el marco normativo el acceso de personas con discapacidad a los beneficios de la subcuenta de subsistencia a través de la entrega de ayudas técnicas de las cuales corresponde el 81,4% corresponde a movilidad y mobiliario, el 14,5 % a comunicación y el 4% a prótesis dentales.

### Cuadro No. 97 Personas Atendidas en Programas Especiales de Adulto Mayor Cajas de Compensación Familiar 2006 – 2010

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009
Atlántica	4.387	4.540	4.175	2.705
Occidente	59.332	187.010	152.267	202.691
Centro - Oriente	10.698	13.868	14.691	17.116
Orinoquia	2.029	567	240	665
Amazonía	1.279	3.430	2.041	2.388
Bogotá D. C.	24.802	45.031	51.327	61.535
Caja Campesina	14.487	51.690	91.634	80.205
<b>Total</b>	<b>117.014</b>	<b>306.136</b>	<b>316.375</b>	<b>367.305</b>

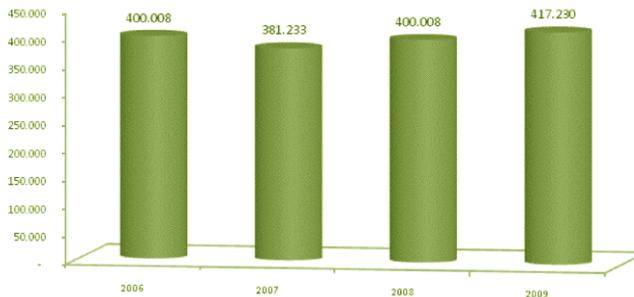
*Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.*

El Programa Nacional de Alimentación al Adulto Mayor –PNAAM- brinda complementación alimentaria a adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad o situación de desplazamiento mediante ración preparada o ración para preparar. Asimismo, se realizan actividades complementarias de tipo lúdico, educativo y recreativo a los adultos mayores participantes del programa.

En 2009 se logró la atención de 417.230 adultos mayores con una inversión de \$211 mil millones, en contraste con 400.008 adultos mayores atendidos en 2006 con una inversión de \$137 mil millones (ver gráfica 23). La meta para 2010 es mantener la misma cobertura alcanzada durante la vigencia anterior y a 31 de marzo se ha logrado el 100% de cumplimiento de esta meta.

A partir del Documento Conpes 105 de 2007, en conjunto con el Ministerio de la Protección Social, se entrega subsidio integral a 41.441 adultos mayores de 53 municipios pertenecientes a la estrategia presidencial: Centro de Coordinación de Acción Integral –CCAI–.

### Gráfico No. 23 Adultos mayores beneficiados con el PNAAM 2006 – 2009



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

#### 4.1.3 Familia

En el mes de enero de 2007 se firmó el Convenio **“Pacto Vivienda con Bienestar”** entre el ICBF y el Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial y se fijó como meta para el cuatrienio atender a 200.000 familias. El programa busca incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludable, así como mecanismos de promoción de la convivencia y prevención de la violencia.

En 2007 se certificaron 40.000 familias, en 21 departamentos a través de 830 educadores familiares. En 2008 se certificaron 80.000 familias en 25 departamentos a través de 1.333 educadores familiares y en 2009 se atendieron 38.440 familias, a través de la suscripción de dos convenios: uno con la OIM para atender a 33.164 familias en 19 departamentos a través de 576 educadores Familiares y otro con Asocaña para beneficiar 5.276 familias de los cortadores de caña de azúcar de diferentes ingenios del Valle del Cauca, Cauca y Risaralda.

Para la vigencia 2010 el programa se ejecutará en 26 regionales, a través de la adición del convenio con la OIM. Se vincularán al programa 40.000 familias, las cuales serán atendidas a través de 667 educadores familiares de formación y 150 educadores de acompañamiento terapéutico.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desarrolla programas y servicios orientados a proteger y restituir el ejercicio pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes cuando han sido vulnerados. La atención se presta a través de modalidades como el Medio Familiar, en el que se privilegian los vínculos con la familia; mediante servicios de externado, semi-internado y hogares sustitutos, entre otros. Para las situaciones en las que es difícil mantener el vínculo con la familia, o éste no existe, los servicios se brindan en Medio Institucional. En los 200 centros zonales del ICBF, se presta atención permanente por demanda espontánea, para la resolución de conflictos como la violencia intrafamiliar, pruebas de paternidad, filiación y revisión tanto de la cuota de alimentos, visitas, entre otros servicios y denuncias. Durante la vigencia 2009 fueron atendidos 1,4 millones de colombianos a través de los centros zonales.

**Cuadro No. 98**  
**Cobertura en programas de protección ICBF**  
**2006 – 2009**

MODALIDAD DE ATENCIÓN	2006	2007	2008	2009
Atención desde Centro Zonal	1.196.912	911.243	1.528.367	1.419.172
Medio Familiar de Origen o Constituido.	6.504	9.668	7.731	9.262
Medio Familiar Sustituto	17.441	17.520	18.897	15.359
Medio Social – Comunitario	56.007	58.128	35.635	30.724
Medio Institucional	66.334	54.123	57.691	66.055

*Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*

#### 4.1.4 Población desplazada

Para alcanzar la cobertura universal de afiliación de la Población Desplazada al régimen subsidiado de salud, el Ministerio distribuyó en el año 2006, 426,425 cupos, en el 2007, 300,000 cupos, en el 2008 852,549 cupos y en el 2009 160,187 cupos entre las entidades distritales y municipales, financiados 100% con recursos de la Nación, subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Al finalizar el 2009 el 90% de la población desplazada estaba afiliada al Régimen Subsidiado y el acumulado de cupos contratados por los municipios era de 1.139,893. Al inicio del 2010 se dispone de 512 mil cupos que no fueron utilizados por las entidades territoriales para la afiliación de esta población.

A diciembre 31 de 2009, resultado del cruce de bases de datos del Sistema General de Seguridad Social y el Registro Único de Población Desplazada -RUPD se identificaron plenamente 1.899.603 personas en desplazamiento de las cuales el 78% se encuentra en el régimen subsidiado y el 22% en el régimen contributivo de salud.

La sostenibilidad de la afiliación de ese número de personas representa un valor promedio anual de \$270.997 millones a cargo de la Nación y conlleva la corresponsabilidad de las direcciones territoriales de salud, de las aseguradoras y de las instituciones prestadoras de servicios de salud para que una vez afiliada la población, acceda de manera real y efectiva a los servicios y se avance en el ejercicio del derecho a la salud.

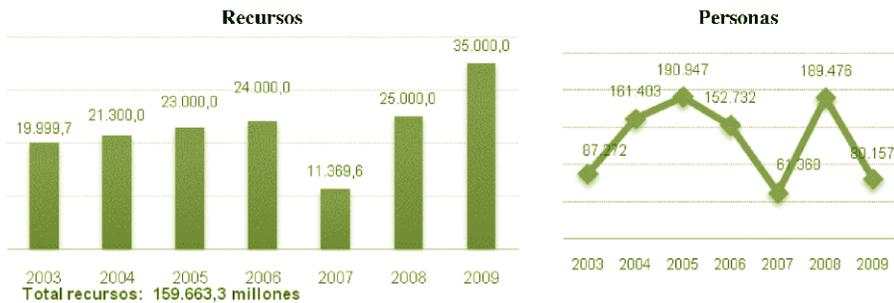
**Grafica No. 24**  
**Cupos financiados 100% con recursos nacionales asignados y contratados para la afiliación de la población en situación de desplazamiento al Régimen Subsidiado de Salud 2005 a 2009**



Fuente: Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Gestión de la Demanda

Para la atención de esta población en lo no cubierto con subsidios a la demanda, entre 2006 y 2009 se distribuyeron recursos por \$95.369,5 millones, como se aprecia en la gráfica No. 25. En el año 2010 se están distribuyendo recursos por 40 mil millones para este mismo fin.

**Grafica No. 25**  
**Recursos de concurrencia nacional para atención a personas en desplazamiento y personas en desplazamiento atendidas**



Fuente: Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Promoción Social

Mediante Convenio 114 de 2006 suscrito entre el MPS y la OIM se realizaron acciones conducentes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud por 100 mil familias y cerca de 500.000 personas en situación de desplazamiento en 111 municipios. Con este fin se capacitaron equipos nacionales y territoriales en políticas, normas metodologías relacionadas con la atención al desplazamiento en el marco del Sistema de Protección Social y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se realizaron jornadas de sensibilización a los candidatos y nuevos gabinetes departamentales y municipales para lograr la inclusión de la atención en salud a PSD en los planes de salud territorial, según las líneas de política y los ejes estratégicos definidos en los planes de gobierno. Para la formulación de los planes territoriales de salud pública se trabajó en las jornadas de ase-

sofía y capacitación al personal de los municipios y se logró la inclusión del tema de atención a la PSD en los planes de salud territorial. Se trabajó de manera conjunta con las Secretarías Departamentales de salud en la creación y/fortalecimiento de las mesas interinstitucionales de salud de PSD municipales.

A nivel de la coordinación interinstitucional se logró articular y concertar las acciones con las diferentes entidades del SNAIPD y se participó en las mesas departamentales y municipales de atención a la población en situación de desplazamiento. Líderes de las organizaciones representantes de la PD están informados y apoyaron el desarrollo de las acciones de divulgación de deberes y derechos en salud, participando de manera activa en el desarrollo del componente comunitario de la estrategia de divulgación de deberes y derechos en salud.

Se llevó a cabo una estrategia comunicacional a través de la cual se entregó a la población en situación de desplazamiento y víctimas de violencia intrafamiliar y sexual de: volantes, afiches y rutas de acceso sobre material de deberes y derechos en salud a la población en situación de desplazamiento, entre otros. Además se realizaron:

Ferías de servicios a la población vinculando de manera directa a los entes territoriales municipales.

Sensibilización en el tema de atención en salud a los candidatos a gobernaciones alcaldías y corporaciones públicas locales e inclusión del tema en los planes territoriales de salud pública.

Grupos focales de evaluación de servicios de salud con los beneficiarios y asociaciones de PSD en los barrios.

Sensibilización de los funcionarios (Secretarías Departamentales, Municipales y red de prestadores) sobre los requerimientos de los indicadores exigidos por la corte para garantizar el ejercicio del derecho a la salud por la PSD.

Articulación institucional a nivel territorial con: Aseguradoras, Empresas Sociales del Estado, Procuraduría, Defensoría, Contraloría, Organismos de Cooperación Internacional, Organizaciones de población en situación de desplazamiento, Sociedad civil, Medicina Legal, Acción Social, Familias en Acción, ACNUR, UAOs y Personerías.

Brigadas de salud en las cuales se desarrollaron acciones de: Registro y cedulação, atención en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, capacitación a la PSD en deberes y derechos en salud, rutas de acceso y prevención de la violencia intrafamiliar, sexual y de género, entre otros.

La visualización con el personal de las Secretarías de salud municipal y las instituciones prestadoras de servicios de salud, de los indicadores adoptados por la Corte Constitucional lo cual ha permitido tener un mejor registro y una mejor calidad de los reportes de atención.

Fortalecimiento de 145 ESEs de primer y segundo nivel, 111 Secretarías Municipales de salud, 12 Secretarías Departamentales de salud y Personal del sector salud y justicia en el tema de prevención de la violencia intrafamiliar, sexual y de género. Se hizo la entrega de: 145 KITs de toma de muestras forenses, 136 PEP KITs donado por Proyecto Colombia, 1500 textos de reglamentos técnicos forenses de VIF y VS para el sector salud y 1200 textos de guías de manejo del KIT de toma de muestras, entre otros.

Realización de dos (2) diplomados de veedores en salud dirigidos a población en situación de desplazamiento en los que intervino la red de control social a la gestión pública y con la cuales se continuará el trabajo, con 62 personas participantes.

Para dar cumplimiento a la Sentencia T-025 de 2004 de la Corte Constitucional y en respuesta

a los requerimientos de la misma en los Autos de Cumplimiento expedidos, ha realizado las siguientes acciones.

En el marco de los Autos 092 y 237 de 2008, Protección de los derechos de las mujeres víctimas del desplazamiento, el Ministerio lidera la implementación del Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres Desplazadas y es corresponsable en los programas de Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral a sus Víctimas; Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Comunitaria y Atención Integral a sus Víctimas; Apoyo a las Mujeres Desplazadas jefas de hogar; facilitación del Acceso a Oportunidades Laborales y Productivas, Prevención de la Explotación Domestica y Laboral, y, Abordaje Psicosocial.

En respuesta al mínimo de racionalidad “Cronograma de Implementación Acelerado de los Programas” exigido por la Corte, el Ministerio inició en enero de 2009 proyectos orientados a promover y garantizar el acceso de las mujeres desplazadas y su grupo familiar con una cobertura geográfica de 249 municipios y 29 departamentos así como el Distrito Capital. La población beneficiaria se estimó en 600.000 mujeres. Estos proyectos se implementaron por medio de un convenio suscrito entre el MPS y la OIM por valor \$10.238 millones, de los cuales al Ministerio aporta la suma de \$ 9.746,3 millones y la OIM \$491,7 millones y dio continuidad a acciones iniciadas en el convenio 114 antes descrito.

Por medio del convenio se capacitaron 8.119 funcionarios y representantes de instituciones privadas en 776 talleres, en normatividad sobre desplazamiento, gestión de la información, deberes y derechos de PSD, prevención y atención de las violencias, abordaje psicosocial y salud mental, protección de los derechos de población trabajadora en la economía informal, 80.339 mujeres fueron informadas de manera presencial en 1.042 talleres en temas de Promoción de la Salud, Prevención de Violencias, derechos laborales, intervención Psicosocial y Salud Mental. Con el objeto de promover la salud mental, el autocuidado personal y familiar y detección de riesgos en salud mental, 265 mujeres pertenecientes a Organizaciones de Mujeres, Sociales y de PSD se inscribieron en el Diplomado Virtual de Atención Psicosocial. Se desarrollaron acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos ocupacionales en mujeres desplazadas que laboran en el sector informal de la economía; se capacitaron y sensibilizaron 2400 mujeres sobre estilos de vida y trabajo saludable, prevención de riesgos ocupacionales propios de su actividad económica, con la finalidad de disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y contribuir a mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida.

**Grafica No. 26**  
**Mujeres en Situación de Desplazamiento Informadas en Temas de Promoción de la Salud, Prevención e Identificación de Factores de Riesgo, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Abordaje Psicosocial y Derechos Laborales**



*Fuente: Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social (Convenio MPS-OIM)*

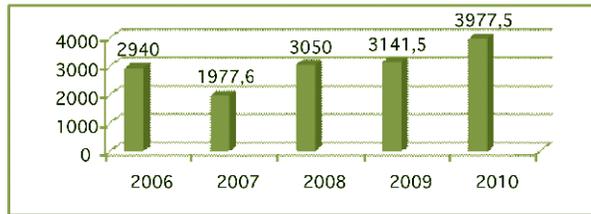
Con el propósito de mejorar la calidad y oportunidad del reporte de las atenciones individuales de salud y el seguimiento a las actividades y recursos para atención en salud de la población en desplazamiento, 20 de las 29 secretarías departamentales de salud y 209 de las 250 secretarías municipales, participaron en procesos de capacitación de Sistemas de Información en salud y actualización de la herramienta SIGA. Como resultado de esta gestión, entre junio y noviembre de 2009 se procesaron 39'773.163 reportes de atención en salud reportados por 1.771 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS de 25 departamentos y 4 distritos.

Se organizó el SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN en los municipios permitiendo presentar resultados de gestión y de los servicios recibidos por la población. Se diseñó y puso en funcionamiento un sistema WEB de Monitoreo y Evaluación para el reporte en línea de avances nacionales y departamentales<sup>31</sup>. Este reporte permite obtener información actualizada para el seguimiento y control de resultados a nivel nacional y territorial. Este Sistema está disponible en la dirección electrónica [www.c565mps-oim](http://www.c565mps-oim) con la palabra “consulta” para el usuario y la contraseña “consulta”.

**Intervención Psicosocial.** El Ministerio celebró dos contratos con el Secretariado Nacional de la Pastoral Social para implementar la intervención sicosocial a población vulnerable y en desplazamiento, en 30 entidades territoriales desde el 2007. Este contrato ha focalizado su intervención entre otras, en comunidades afrodescendientes en los Departamentos de Chocó (Quibdó) y Valle (Buenaventura); y en comunidades indígenas en los Departamentos de Nariño (Awa), Guainía (Sikuani), Guaviare (Tukano), Putumayo (Ingas y Pastos), Vaupés (Cubeo) y Cauca (Páez).

<sup>31</sup> El ingreso al sistema de monitoreo y evaluación del Convenio se hace a través de la página [www.c565mps-oim.com](http://www.c565mps-oim.com) usando la palabra “consulta” en el campo de usuario y contraseña.

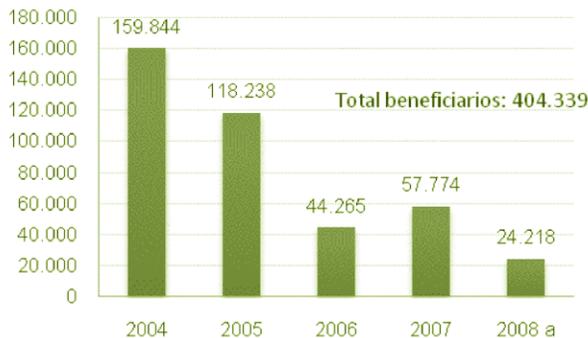
**Grafica No. 27**  
**Recursos para intervención psicosocial**  
 Millones de pesos



Fuente: Dirección General de Promoción Social y Ejecución Contrato MPS-Pastoral Social

Como resultado de esta gestión, se han atendido a 1800 casos Psicológicos (orientación – Asesoría), 60 por cada entidad territorial en los tres años. asesorado 1500 casos de personas en aspectos jurídicos (orientación – Asesoría) (50 por cada entidad territorial) y se han orientado y promovido en las comunidades en la utilización de acciones legales que permitan resarcir el daño y proteger sus derechos como desplazados y sus derechos fundamentales. Adicionalmente se ha brindado asesoría jurídica a 222 personas, distribuidas por zonas de la siguiente manera: para la zona norte 44 casos, para la zona centro 97 casos y para la zona sur 81 casos.

**Grafica No. 28**  
**Beneficiarios de la Intervención Psicosocial**



Fuente: Dirección General de Promoción Social y Ejecución Contrato MPS-Pastoral Social

En materia de estabilización socioeconómica, al final del segundo año del programa, se han implementado 30 proyectos productivos formulados por los beneficiarios.

- » Actualización de Lineamientos de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia sociopolítica y el desplazamiento forzado en Colombia 2004/2010.
- » Documental de difusión del impacto de la Estrategia de Intervención Psicosocial en la voz de las víctimas
- » Congreso de Inclusión Social con enfoque Psicosocial, Septiembre 2009, con la participación de 150 representantes de la población desplazada provenientes de las 30 iniciativas locales, 400 representantes de la cooperación internacional, embajadas, pastorales sociales, academia, organizaciones sociales y de defensa de derechos humanos, instituciones públicas y privadas y autoridades locales y nacionales.

- » V Mesa Nacional de Psicosocial (Abril 13 de 2009), cuyo propósito fue validar los productos logrados en la ejecución del Plan Programático para el fortalecimiento e implementación de los lineamientos de Intervención Psicosocial (2006) mediante el convenio Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana del Salud OPS/OMS.
- » Guía practica para Alcaldes y Caja de Herramientas. Actualmente en difusión nacional y local).
- » Difusión de los lineamientos en el marco de la capacitación de unidades especiales ICBF/OIM y avances en la implementación del Programa de Abordaje Psicosocial y Salud Mental para Mujeres Desplazadas

En el marco de la Política Nacional de Atención a Población Desplazada, el ICBF contribuye a través de programas especiales como la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación, las Raciones Alimentarias de Emergencia y las Unidades Móviles. (Ver cuadro 99), con una presencia en 31 departamentos y el Distrito Capital, actualmente se cuenta con 76 Unidades Móviles.

**Cuadro No. 99**  
**Personas beneficiadas con programas específicos para atención a población en situación de desplazamiento**  
**2006 – 2009**

Programa	2006	2007	2008	2009
Operación Prolongada de Socorro y Recuperación	303.559	619.872	338.834	385.309
Raciones alimentarias de Emergencia	10.579	18.394	36.645	16.087
Unidades Móviles	236.807	490.046	652.957	380.836

*Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*

En relación a las raciones alimentarias de emergencia es relevante mencionar que la contratación se realiza por medio de la Bolsa Nacional Agropecuaria con un único proveedor quien hace la distribución a nivel nacional, lo cual garantiza la atención hasta en los lugares más apartados del país. En el 2008 se incluyó la ración No. 4 específica para atender los grupos familiares de población Indígena, garantizando de esta manera la atención con un enfoque diferencial para este grupo étnico.

La Operación Prolongada de Socorro y Recuperación se desarrolla en 21 Departamentos y el Distrito Capital mediante 4.251 puntos de entrega de ración servida y cruda. A partir de 2006 se inició un proceso de alistamiento para la ampliación de cobertura al sur del país, específicamente para los Departamentos de Valle del Cauca, Nariño, Cauca y Putumayo. Durante el cuatrienio se han fortalecido las raciones con alimentos fortificados con vitaminas y minerales y se ha adicionado a la ración para cada modalidad, la harina de trigo fortificada.

En la actualidad se cuenta con 1.799 coejecutores quienes complementan las raciones y desarrollan actividades de coordinación y cualificación de las modalidades.

#### 4.1.5 Otras poblaciones

##### Poblaciones en condiciones de discapacidad

En 2006 se realizó la coordinación del Comité Técnico Nacional de Discapacidad, se apoyó el

desarrollo y fortalecimiento del Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, se expidió la circular 20 de 2006, para recordar la obligatoriedad de prestar servicios a la población con o en situación de Discapacidad.

Del trabajo conjunto de los Grupos de Enlace Sectorial GES, constituidos como instancia técnica del Sistema Nacional de Discapacidad, y de la participación intersectorial se formula el Plan Marco de Discapacidad 2007 – 2010 que se incluye en el Plan Estratégico del Ministerio y orienta el trabajo en los territorios, se genera el proceso Colombia Inclusiva con 50 empresas participantes, el estudio denominado “Riesgo, Prevención y Discapacidad en Colombia”; la metodología para la elaboración de mapas de riesgo que se está implementando en este año los distritos, departamentos y municipios para la potenciación de las capacidades de la población con discapacidad en el marco de los derechos y con un enfoque diferencial. Igualmente se desarrolla la estrategia Encuentros Nación Territorio iniciada en el 2009 con participación de 182 entidades públicas, 170 organizaciones y 28 departamentos y asistencia promedio por sesión de 230 personas. Se avanza en la Reglamentación de las Leyes 982 de 2005, 1145 de 2007, 1275 y 1306 de 2009.

En el 2010, se realiza la Convocatoria para la selección de los representantes de la Sociedad Civil con Discapacidad y de las personas jurídicas que integrarán el Consejo Nacional de Discapacidad -CND. Se designaron los representantes de las instancias nacionales que tienen asiento en el Consejo.

A marzo de 2010 se cuenta con 24 comités departamentales y 1 Comité Distrital de Discapacidad conformados. En los 8 departamentos restantes se está fortaleciendo el proceso de asistencia técnica y acompañamiento territorial para su conformación y operatividad. Igualmente, están funcionando 183 comités municipales y 20 comités locales de discapacidad, correspondientes a un 16% del total nacional.

Durante el período 2006 a 2010 se han transferido recursos a las entidades territoriales por valor de \$11.947,6 millones, para apoyar los planes territoriales de atención a la Discapacidad, como se aprecia en el anexo No. 1.

A partir del año 2007, los recursos se destinan a cofinanciar la adquisición y entrega de ayudas técnicas a niños, niñas y adolescentes con discapacidad en el marco de la rehabilitación integral; priorizando población en situación de desplazamiento y/o pobreza extrema<sup>32</sup>.

Se ha avanzado con el DANE en la inclusión del Registro de la población con discapacidad al sistema de Información de la Protección Social –SISPRO con el fin de que la información para la formulación de los planes, programas y proyectos por distintos actores, sea más ágil y de apoyo a la gestión de las autoridades territoriales.

A junio de 2007 se contaba con el registro de 475.409 PCD en 645 municipios de 29 departamentos; a septiembre de 2009, el registro contaba con 967.172 personas de 949 municipios, permitiendo establecer una cobertura geográfica del 85% y una cobertura poblacional del 38% con respecto al Censo 2005. Al finalizar el año 2009 ya se había superando el millón de personas registradas y están pendientes 173 municipios por realizar el Registro. Se han realizado cruces de información con las bases de datos como RUAFA, RUPD, INFOJUNTOS, Programa VOLVER, para la focalización de población con discapacidad.

32 Las ayudas técnicas para la población mayor de 18 años con discapacidad, se disponen a través del programa VOLVER que se gestiona por la Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones de este Ministerio.

En la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, el Ministerio presentó el proyecto de Resolución bajo el epígrafe: “La atención a la discapacidad: una prioridad para los países de la región”, que fue aprobada en las sesiones realizadas en mes de marzo de 2009, incluyendo el tema de la discapacidad en la agenda de los Ministros de Salud de las Américas.

Desde el 2008, se viene desarrollando el Proyecto de Cooperación Técnica entre los gobiernos de Colombia y Japón, a través de la Agencia de Cooperación Internacional JICA, para el “*Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral de Personas con Discapacidad, especialmente víctimas de accidentes con minas antipersonal*”, como respuesta a la necesidad de mejorar los procesos de rehabilitación de las víctimas de MAP/MUSE y de articular el trabajo de las entidades públicas y privadas; desarrollándose en los departamentos de Antioquia (departamento más afectado por la presencia de MAP–MUSE) y Valle del Cauca (receptor en servicios de salud y de rehabilitación por víctimas de departamentos de suroccidente del país). Se realizaron capacitaciones a profesionales del Valle y Antioquia en Planeación Estratégica y Evaluación de Proyectos, CIF; rehabilitación física, rehabilitación visual y auditiva; y, capacitaciones a actores involucrados en los municipios focalizados sobre derechos, deberes y mecanismos de acceso a los servicios por parte de la población víctima de MAP y MUSE. Adicionalmente se han fortalecido componentes del sistema de atención prehospitalaria (articulación Primeros auxilios, etc.) para la atención a víctimas de MAP/MUSE.

En el convenio con la Organización Internacional para las Migraciones -OIM, se están interviniendo 225 familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad en 6 territorios, para su empoderamiento e inclusión social, promoviendo la prevención de la discapacidad y la atención integral desde la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC.

En Noviembre de 2009 se constituyó la Mesa Técnica sobre Retinopatía del Prematuro, integrada por el Ministerio de la Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud, Asociación Colombiana de Neonatología y el Instituto de Ciegos y Sordos de Cali (Colombia) y se formuló un Plan Nacional de Trabajo 2010 - 2011 que integra resultados subnacionales del gobierno nacional, sociedades científicas y la cooperación internacional, para prevenir la retinopatía del prematuro a partir del mejoramiento de la tecnología en las unidades neonatales, fortalecimiento de la formación de los profesionales encargados de la atención de neonatos y la investigación acción participativa. Para el año 2010 se priorizaron cuatro acciones fundamentales, así:

- » Investigación en unidades neonatales del país sobre tasas de incidencia, recurso humano capacitado para la prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro y vicios de refracción.
- » Adecuación de la “Guía neonatal y oftalmológica para la prevención, el examen y tratamiento de la retinopatía de la prematurez en Colombia”, a la realidad nacional como *Programa de prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro*.
- » Entrenamiento de los profesionales encargados de la atención de los neonatos para la implementación del Programa de prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro.
- » Seguimiento y evaluación del *Programa de prevención, detección temprana y atención de la retinopatía del prematuro* en las zonas geográficas priorizadas.

Como parte de la implementación de las órdenes del Auto 006 de 2009 “Protección de las personas desplazadas, con discapacidad”, se ha trabajado con el DANE y Acción Social, con el propósito de focalizar a la población en situación de desplazamiento con discapacidad.

En 2009 se diseñó con las entidades del SNAIPD y la sociedad civil, el Plan Operativo de un programa de atención a la población en situación de desplazamiento con discapacidad, el cual sirvió de insumo para la implementación de proyectos piloto en 11 municipios; estos proyectos piloto se implementaron entre los meses de mayo y agosto de 2009.

Se han realizado evaluaciones e intervenciones para garantizar el goce de derechos fundamentales de las 15 personas señaladas en el Auto 06, coordinando acciones con diferentes sectores (salud, inserción laboral, entre otros) y las direcciones territoriales de salud y desarrollo social.

Primer borrador del “Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado”, con participación de las entidades del SNAIPD, sociedad civil, grupos de personas en situación de desplazamiento con discapacidad, con la coordinación de Acción social y el Ministerio de la Protección Social.

Las Cajas de Compensación Familiar le han reportado a la Superintendencia del Subsidio Familiar, el número de beneficiarios que han accedido a los programas que se brindan en cada una de las regiones, tal como se ilustra en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 100**  
**Personas atendidas en programas especiales de Discapacitados**  
**2006 – 2010**

Región Geográfica	Jul. - Dic. 2006	2007	2008	2009	Ene. - Mar. 2010
Atlántica	1.965	3.603	1.201	1.648	781
Occidente	4.045	5.556	5.370	32.849	5.799
Centro - Oriente	283	1.510	2.661	1.414	755
Orinoquía	1.374	664	707	938	405
Amazonía	184	122	129	234	42
Bogotá D. C.	1.055	2.984	2.953	5.979	1.680
Caja Campesina	292	546	38	102	-
<b>Total</b>	<b>9.198</b>	<b>14.985</b>	<b>13.059</b>	<b>43.164</b>	<b>9.462</b>

Fuente: Información estadística enviada por las Cajas de Compensación Familiar – Grupo de Estadística- Superintendencia del Subsidio Familiar.

Las coberturas en estos servicios tan sensibles y de alto impacto en la comunidad, registran un incremento significativo año tras año, contribuyendo al cumplimiento de las metas y directrices de la actual administración, a mejorar la calidad de vida de los colombianos y como resultado al seguimiento e instrucciones permanentes de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

### Atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados organizados al margen de la ley y prevención de su vinculación

La puesta en marcha de medidas eficaces para contrarrestar la vinculación<sup>33</sup> de niños, niñas y adolescentes a grupos armados irregulares es un asunto de urgencia nacional<sup>34</sup>. Para enfrentar esta urgencia, el Estado colombiano ha diseñado y ejecutado medidas de prevención y atención.

Para prevenir la participación de los niños, niñas y adolescentes en la violencia armada, se expidió el decreto 4690 de 2007 a través del cual se crea la “Comisión Intersectorial para la pre-

33 Hay tres tipos de vinculación: 1) reclutamiento activo, que es aquel que se da por la seducción que hacen los GAL a través de ofertas económicas y adoctrinamiento político o engaño; 2) reclutamiento forzado, se da por el caso de secuestro o captura (son llevados a la fuerza o como parte de una redada); y 3) vinculación, en donde no existe una estrategia de reclutamiento y el menor decide hacer parte, autónomamente, del GAL.

34 Colombia ha sido incluida en la Resolución 1612 de 2005 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, como uno de los países a supervisar en tanto en el país persiste el reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes por grupos armados que sufren las consecuencias de la violencia armada.

vención del reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes por grupos organizados al margen de la ley”, encargada de articular y orientar la ejecución de las acciones de las instituciones nacionales y locales para prevenir el reclutamiento y utilización de esta población en Grupos Armados Irregulares-GAI-. Esta Comisión aprobó el plan de prevención que cubre a 50 de los municipios más afectados por el reclutamiento en el país.

Para atender los niños, niñas y adolescentes desvinculados de un GAI, el Estado colombiano organizó una oferta institucional y normativa que permite trabajar con esta población bajo una lógica de restitución de derechos vulnerados. Esta lógica de atención se enmarca en la doctrina de “protección integral”, que entiende a la población infantil como sujetos plenos de derechos y como “víctimas de la violencia”<sup>35</sup>.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- es el responsable de la atención de los niños, niñas y adolescentes desvinculados. Desde noviembre de 1999, el ICBF ejecuta el Programa de Atención Especializada a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados, que recoge la experiencia desarrollada por la entidad en la atención a niños, niñas y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad. Desde 1999 el ICBF ha atendido un total de 4.279 niños, niñas y adolescentes desvinculados de los GAI, y en el periodo julio 2006 – marzo 2010 se han atendido 247 niños, niñas y adolescentes (159 en el periodo julio – diciembre 2009 y 88 en el periodo 2010).

### Cuadro No. 101 Niños, niñas y adolescentes atendidos en el programa especializado para desvinculados de los GAI

Año	Niños atendidos
2006	396
2007	380
2008	415
2009	315

*Fuente: ICBF*

### Grupos étnicos

En el 2006 se levantó información de la población indígena, de diagnóstico y caracterización de sus condiciones de salud y bienestar, de acuerdo con las regiones donde habitan: Amazonia, Orinoquía, Costa Pacífica, Costa Atlántica y Zona Occidente; en proceso de actualización. En el año 2008, se trabajó una propuesta de criterios y líneas estratégicas de política de protección social en salud.

Desde 2007 se ha brindando asistencia técnica para la elaboración de modelos de atención en salud a las comunidades indígenas Embera Chamí de Riosucio (Caldas), la IPS UNIPA del pueblo Awá de Nariño, la EPS indígena DUSAKAWI de la Sierra Nevada de Santa Marta para su población afiliada, la EPS indígena Pijaosalud del pueblo indígena Pijao, la Secretaría Departamental de Salud del Casanare para los resguardos indígenas de Caño Mochuelo, Chaparral Barro Negro y Hato Corozal (pueblos Sáliba, Cuiba–Wamonae, Sikuaní, Maibén-Masiware, Amorúa, Yamalero-Yaruro, Tsiripu, Wipiwi, U’wa) y la Secretaría Departamental de Salud de

<sup>35</sup> Los niños, niñas y adolescentes son víctimas por el reclutamiento y por la violación de sus derechos. La normatividad colombiana ha señalado el alcance y el enfoque de atención de esta población. La Ley 782 de 2002, en su artículo 15, indica que “se entiende por víctimas de la violencia política, aquellas personas de la población civil que sufran perjuicios en su vida, o grave deterioro en su integridad personal o en sus bienes, por razón de atentados terroristas, combates, secuestros, ataques y masacres en el marco del conflicto armado interno. Son víctimas los desplazados en los términos del artículo 1 de la Ley 387 de 1997. Asimismo, se entiende por víctima de la violencia política toda persona menor de edad que tome parte en las hostilidades”.

Guainía junto con el Hospital Manuel Elkin Patarroyo, para los pueblos indígenas del Guainía. También, se viene brindando apoyo técnico y económico a los pueblos indígenas del Cauca (Nasa, Yanacona y Guambiano) y la Sierra Nevada de Santa Marta (Kogui, Wiwa, Kankuamos y Arhuacos) en la realización de los estudios para la adecuación del POS Subsidiado, la inclusión de acciones de medicina tradicional y la elaboración de un sistema de salud propio; para lo cual se giraron recursos a finales del 2009 a los departamentos de Cauca y Cesar por valor de 90 millones para cada uno.

Desde el 2009 se ha adelantando un proceso de apropiación e implementación de entornos saludables para pueblos indígenas, y de acciones en materia de saneamiento básico y generación de oportunidades laborales y educativas a través de la implementación de proyectos piloto en los resguardo indígenas de: Chenche Agua Fría, municipio de Coyaima, Tolima (pueblo Pijao); Santa Rosita, municipio de Tumaco, Nariño (pueblo Awá); Dozá, municipio de Tierralta, Córdoba (pueblo Embera Katío); y, El Refugio, municipio de San José del Guaviare, Guaviare (pueblo Tukano Oriental). Con dichos proyectos se vienen beneficiando 875 indígenas.

Con el SENA se está trabajando en la definición de una propuesta nacional de plan de formación específico para que los promotores indígenas puedan homologar el título a Auxiliares de Salud Pública. Se vienen adelantando proyectos y planes de formación específicos para auxiliares de salud pública indígenas con los indígenas Awá (UNIPA-Nariño), con el CRIC (Cauca) y los indígenas asentados en Bogotá.

A través de convenios suscritos con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC y la Fundación de Autoridades Indígenas de Colombia -AICO, el Ministerio transfirió a la Secretaría Departamental de Salud del Cauca la suma de \$150 millones, para desarrollar acciones relacionadas con el rescate y fortalecimiento de los procesos de salud y recuperación de la producción alimentaria, beneficiándose 140 familias Guambianas y Nasas de los Municipios de Silvia, Morales, Piendamó, Totoró, Caldon, Buenos Aires y Cajibío, y, 154 parcelas familiares en las comunidades indígenas de Bonanza- Morales; Ovejas- Siberia- Caldon; Guambía- Silvia; Novirao- Totoró; Asentamiento Misak Kurak Chak- Cajibío; Asentamiento Misak Pisitau- Piendamó; y La Paila- Buenos Aires.

Para el caso de la población afrocolombiana, desde el año 2006 se conformó una Subcomisión para salud de la Comisión Consultiva de Alto Nivel, con la cual el Ministerio de la Protección Social ha generado espacios de análisis de las políticas y programas que se adelantan, así como de las prioridades en salud para esta población y la definición de un plan de acción para la construcción de la política.

Para la población Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se está formulando un Plan Territorial de Salud y la constitución de una mesa permanente de salud de los raizales a partir de la comisión consultiva existente, para desarrollar el plan de acción elaborado.

Para la población Rom (gitana), se analizó el estado de avance de las acciones adelantadas en el marco de la definición de lineamientos de política de protección social en salud, se revisó el diagnóstico y caracterización de la situación de salud y se definieron las necesidades y problemáticas en salud.

Se elaboraron los textos “Derechos y deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social”, “Guía para la atención en salud de población de grupos étnicos en situación de desplazamiento forzado por la violencia” y documentos de apoyo tales como: “Acción intersectorial para

garantizar la protección social y los servicios integrales de salud a comunidades” y “Aspectos mínimos a tener en cuenta en la formulación de modelos interculturales de salud con comunidades indígenas de los pueblos indígenas”, con difusión a nivel nacional.

En los años 2007 a 2008 se realizó un estudio que da cuenta de la situación y problemas de salud de la población étnica desplazada y ubicada en zonas de frontera y la problemática de la atención en salud a estas poblaciones. Es insumo para la inclusión de estrategias de atención diferencial en el marco de la protección social en los planes y programas que la Corte Constitucional ordena se diseñen e implementen en el marco de los Autos 004 y 005 de 2009. El valor fue de, \$200 millones, en 39 municipios receptores de población desplazada y 45 municipios fronterizos.

Con relación a la reglamentación de la Ley 691 de 2001, se realizó un trabajo conjunto entre el Comité del Ministerio y la Mesa Técnica de Salud Indígena (donde participan delegados de las organizaciones indígenas nacionales y regionales, y EPS e IPS indígenas), obteniendo un proyecto de “Decreto Reglamentario para la creación, habilitación y funcionamiento de las IPS indígenas” y un proyecto de “Decreto Reglamentario para la creación, habilitación y funcionamiento de las EPS indígenas” los cuales se encuentran en discusión.

Producto de la gestión realizada con los Ministerios de salud del área andina, se obtuvo para el período 2008-2010, el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional –AECI- para la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural (aprobado en el año 2007). Se avanzó en la definición de un modelo de atención en salud binacional, intercultural e integral, para la población indígena wayuu de la zona fronteriza colombo-venezolana; se elaboró un inventario y base de datos de recursos humanos indígenas y no indígenas con competencia en salud intercultural y de los diseños curriculares, cursos y programas de sensibilización y capacitación en salud intercultural en los países andinos; se analizó la situación de salud de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y con contacto inicial y se elaboró una propuesta de reglamento de trabajo y normas para su protección, prevención y atención sanitaria intercultural; se elaboró una propuesta de Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural, para la inclusión de indicadores interculturales en el sistema de información de la protección social; se analizaron los marcos jurídicos que protegen y promueven la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud de los países andinos.

Con relación al Auto 004, se realizaron 14 reuniones preparatorias en diferentes zonas del país para definir el alcance del Programa de Garantía de Derechos de los Pueblos Indígenas y se llevó a cabo la instalación del proceso de diseño de los planes de salvaguarda étnica de los pueblos indígenas Totoroéz, Nasa, Yanacona y Coconuco (Cauca), Kofan y Awá (Nariño, Putumayo) y Betoyes (Arauca) y se está en proceso de elaboración del diagnóstico de la situación de violación de los derechos humanos de los pueblos indígenas Awá, Totoroéz y Kofan como base para el diseño de sus planes de salvaguarda.

En cuanto al Auto 005, se ha participado en la articulación con las autoridades municipales y departamentales, la caracterización de las 62 comunidades y en los eventos realizados con la Comisión Consultiva Nacional de Comunidades Negras, para definir la propuesta metodológica de abordaje del Auto y la socialización de los documentos temáticos elaborados.

Se destinaron recursos del presupuesto del Ministerio para las vigencias fiscales de 2009 y 2010, con el fin de implementar las acciones que se definan en cada uno de los 34 planes de salvaguarda étnica (Auto 004) y en los planes específicos de protección y atención para las 62 comunidades

afrocolombianas (Auto 005). En materia de Género, se elaboraron lineamientos para la transversalización del enfoque de género, iniciándose el proceso de recopilación de información con relación a políticas para la mujer, salud, violencia y pobreza y la inclusión de la perspectiva de género en los programas y proyectos.

En cuanto a las Estrategias de Entornos y Ambientes Saludables, se provee asistencia técnica a las entidades territoriales. Se definieron, publicaron y difundieron los lineamientos nacionales y del modelo de gestión y evaluación del entorno; se realizaron encuentros nacionales de difusión de experiencias significativas; se conformó la Red Colombiana de Viviendas Saludables y afiliación a la Red Latinoamericana de Vivienda Saludable y, se firmó el Convenio Interadministrativo de la Estrategia de Entornos Saludables y desarrollo de la agenda conjunta, establecido entre los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, SENA, Acción Social y OPS/OMS.

### **Población inimputable por trastorno mental**

De julio 2006 a abril 2007 se garantizaron recursos para atender a 360 personas internadas en instituciones especializadas. El Ministerio suscribió los convenios interadministrativos con las Direcciones de Salud de Antioquia, Santander, Valle del Cauca, Barranquilla, Santa Marta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Bogotá, Tolima y Boyacá. A la fecha se cuenta con 405 pacientes internados en proceso de rehabilitación.

Entre 2008 y 2009, se distribuyeron recursos por valor de \$12.120 millones a los departamentos y distritos. En el 2010 se han asignado \$11.000 millones de pesos.

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

En los años 2006 y 2007 se asignaron \$5.078 millones de pesos que son ejecutados en los municipios de categoría 3, 4, 5 y 6 en los departamentos seleccionados y su objeto es realizar intervenciones en zonas y comunidades más afectadas por el problema de la violencia e impactar en la población para contribuir en la transformación de imaginarios culturales, determinantes de la presencia de violencia, igualmente se destinan al diseño e implementación de una estrategia conjunta de información, educación y comunicación con el ICBF, para promover el trato digno y la identificación oportuna de riesgos de maltrato infantil y abuso sexual en la primera infancia.

En los programas de Trata de Personas y Violencia de Género, el Ministerio ha comprometido la afiliación al Régimen Subsidiado de estas víctimas una vez son repatriadas o retornadas a su lugar de origen y ha articulado sus acciones en los componentes de violencia de pareja, violencia sexual, trata de personas, violencia producida por actores armados ilegales y prácticas tradicionales que atentan contra los derechos de las mujeres indígenas.

## 5. MERCADO LABORAL

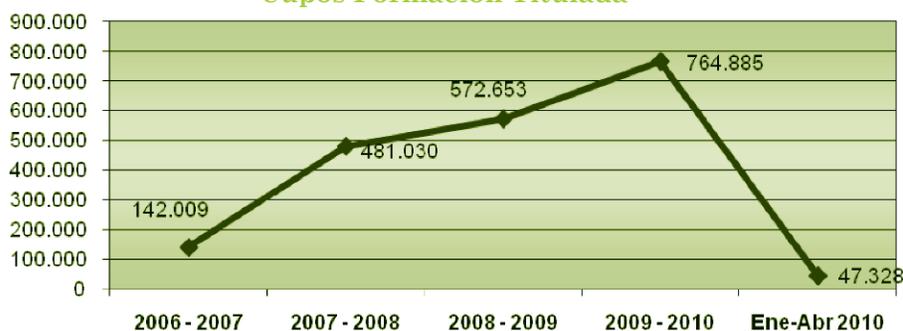
### 5.1. Formación para el trabajo

#### 5.1.1. Oferta

##### Formación profesional integral

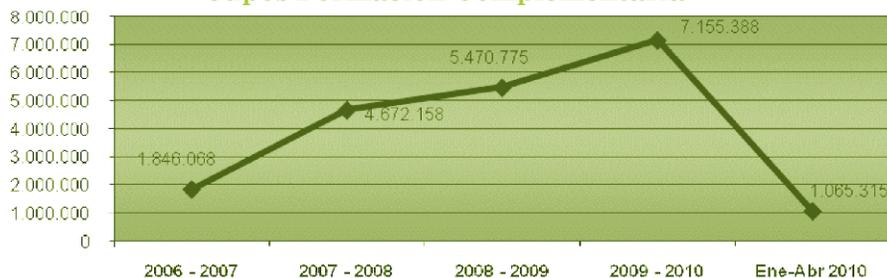
Durante el 2006 el SENA ofreció en sus diversos programas un total de 4.148.809 cupos de formación, en el 2009 la totalidad de cupos fue de 7.920.273 incluyendo el Plan 250 mil. Estas cifras muestran un incremento del 34% promedio anual en este indicador. La meta estimada para el 2010, teniendo en cuenta el Plan 250 mil es de 7.977.386 cupos. En los siguientes gráficos se resume la ejecución anual de las acciones de formación.

**Gráfico No. 29**  
**Cupos Formación Titulada**



Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año  
No incluye información del Plan 250Mil

**Gráfico No. 30**  
**Cupos Formación Complementaria**



Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año  
No incluye información del Plan 250Mil

### **Plan 250.000: Aporte a la Política Anticíclica del Gobierno Nacional**

En respuesta a la crisis Económica y enmarcada en la política anticíclica del Gobierno Nacional, la Entidad lanzó una estrategia para aumentar en 250.000 cupos los niveles de Técnicos, Tecnólogos y especialización Técnica y Tecnológica durante el 2009 y el 2010. Esta estrategia, con cobertura nacional, se priorizó en las ciudades con mayor nivel de desempleo con el fin de disminuir la problemática. Durante 2009 se atendieron 130.327 cupos de formación. En 2010 se espera llegar a los 250 mil cupos de formación.

### **Formación virtual y bilingüismo**

En el año 2007, el SENA lanzó el programa de inglés virtual gratuito English Discoveries Online, dirigido a todos los colombianos. El programa cuenta con tutores que desde el Archipiélago de San Andrés, imparten la formación virtual del idioma.

En el 2008, 407.659 colombianos se matricularon en el programa, en la vigencia 2009 se atendieron 981.508 cupos y se espera para el 2010 que 1.498.676 colombianos accedan al programa, estos cupos están contemplados en los de Formación Virtual.

### **Formación TV WEB**

TV Web se creó en el año 2005, como una estrategia de formación virtual con apoyo de programas de televisión que busca certificar a los colombianos para el trabajo y brindarles mayores oportunidades laborales y fortalecer sus conocimientos a nivel personal. Con esta alternativa de acceso al conocimiento a través del uso de un medio masivo de comunicación como la televisión, el SENA se ha convertido en la única Institución en el mundo que ofrece este tipo de certificaciones. A diciembre de 2009 a través de esta estrategia el SENA ofreció 13.052 cupos a colombianos de distinta condición y ubicación geográfica. A abril de 2010 se han ofrecido 3.401 cupos.

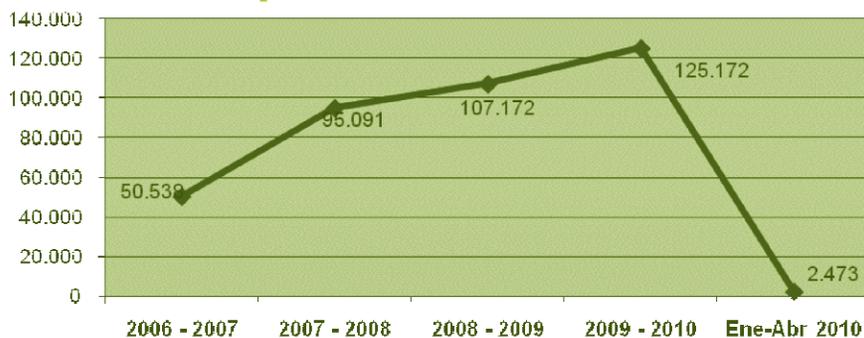
A diciembre de 2009 la entidad cuenta con 41 programas de formación en las áreas de: Cocina, Diseño y Confección, Salud, atención al sector agropecuario, Construcción, Industria y para el área empresarial.

### **Aulas Móviles**

En el marco del Programa de Modernización Tecnológica de las comunicaciones de los Centros de Formación, el SENA, con el propósito de llevar capacitación y formación a las poblaciones más apartadas del país, que por razones de tiempo y espacio no pueden acceder a los programas regulares que se imparten, amplió su cobertura a través de Aulas Móviles en diferentes regiones y sectores económicos.

El siguiente gráfico muestra los cupos ofrecidos periodo julio 2006 – 2009 y metas 2010.

**Grafico No. 31**  
**Cupos a través de Aulas Móviles**



Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros.

### Contrato de aprendizaje

Con la promulgación de la Ley 789 de 2002 y sus Decretos reglamentarios 2585 y 933 de 2003, se ha incrementado la participación de los empresarios en la co- formación de aprendices. En el 2009 se expidió el decreto 1779 mediante el cual las empresas pueden ampliar la cuota de aprendices establecida por ley y aquellas con un número inferior a 15 trabajadores en nómina pueden tener aprendices de forma voluntaria, dependiendo del número de trabajadores con el que cuenta. En este sentido, el resultado obtenido en el periodo Julio 2006 – abril 2010 fue:

**Grafico No. 32**  
**Contrato de Aprendizaje**



Fuente: SENA. Dirección de Promoción y Relaciones Corporativas

## Oferta de las Cajas De compensación Familiar

### 5.1.2 Calidad de la formación para el trabajo

El fortalecimiento del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo se viene concretando en acciones específicas, tales como:

- » Formación a directivos de las Instituciones de Formación para el trabajo y el desarrollo Humano.
- » Transferencia de programas de formación a entidades de formación para el trabajo y el desarrollo humano.
- » Asistencia a las Instituciones de Formación para el Trabajo, en la transformación de ambientes de aprendizaje requeridos para ejecutar los programas de formación.
- » Acceso de los docentes de dichas entidades a los programas del nivel de especialización ofrecidos por el SENA.
- » Poner a disposición de las entidades, la oferta de programas virtuales: Formación por proyectos, formación por competencias y demás programas de formación para cualificar los docentes.
- » Desarrollo de acciones de formación para la cualificación de docentes, en el marco de la programación regular de los Centros de Formación del SENA.
- » Poner a disposición de las entidades de formación para el trabajo y el desarrollo humano todas las normas de competencia producidas por las Mesas Sectoriales
- » Las entidades de formación para el trabajo y el desarrollo humano que cumplan los requerimientos exigidos por el SENA en cuanto a programas de formación, ambientes de aprendizaje, competencias de los docentes, y costos de formación, podrán aplicar para ser beneficiarios de convenios de ampliación de cobertura.

### Normalización de Competencias Laborales

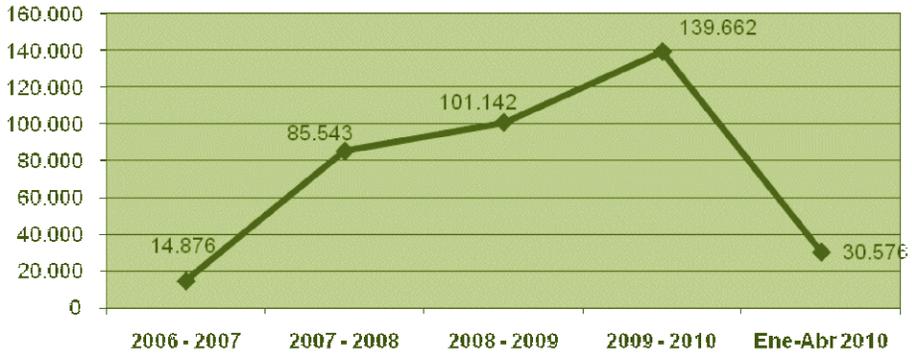
Las Normas de Competencia Laboral, elaboradas por la Entidad, son el producto del trabajo concertado entre diferentes instancias del sector productivo, académico y público a través de las Mesas Sectoriales; son un referente para la evaluación y certificación del desempeño laboral, el diseño y desarrollo de programas de aprendizaje y para la gestión humana por competencias en las organizaciones.

Durante este periodo (2007-2010) como producto de la actividad de 70 Mesas Sectoriales, en diferentes actividades económicas, se han estructurado 446 titulaciones por competencias laborales y 1.749 Normas de Competencia, de un total general de 1.031 titulaciones de competencia laboral y 3.407 normas de competencia laboral concertadas en los diez años de funcionamiento del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, de las cuales a la fecha se encuentran vigentes 2.515 normas de competencia laboral.

### Certificaciones de desempeño laboral

Las certificaciones de desempeño laboral son acciones encaminadas a reconocer las competencias laborales de los colombianos, independientemente de la forma y el lugar en que las hayan adquirido, para facilitar su movilidad laboral y educativa, teniendo como referente una Norma de Competencia Laboral. En el siguiente gráfico se observan los resultados alcanzados durante el periodo julio 2006 – abril 2010, así como la meta para el año 2010.

**Grafico No. 33**  
**Certificación Competencias Laborales**



Fuente: SENA. Dirección Servicio Nacional de Formación para el Trabajo - SNFT

**Tecnologías de la información y las comunicaciones**

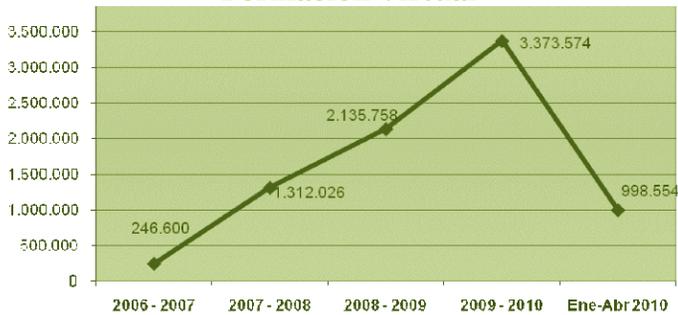
Este proyecto permite el desarrollo de nuevos ambientes y metodologías de formación y la incorporación de las TIC en los procesos de aprendizaje, gestión de la formación presencial y virtual, y el acceso a nuevas fuentes de conocimiento, así mismo es la base para la modernización y soporte de la gestión estratégica y operativa del SENA.

**La Formación Virtual: [www.senavirtual.edu.co](http://www.senavirtual.edu.co)**

Como estrategia de modernización de la Formación Profesional la cual permite masificar el conocimiento y generar el acceso al mismo mediante ambientes virtuales, desde agosto de 2003 el SENA viene ofreciendo a través de nuevos ambientes virtuales de aprendizaje, la posibilidad de acceder a programas de formación a quienes desean adquirir conocimiento especializado que favorezca sus condiciones para el empleo, el trabajo y el emprendimiento.

El SENA cuenta con la plataforma de gestión del aprendizaje de la compañía Blackboard, líder a nivel mundial en los procesos de e-learning. Esta compañía clasifica al SENA como la segunda Institución con mayor número de usuarios virtuales de educación y formación en el mundo. En el siguiente gráfico se detallan los resultados anuales Julio 2006 – Abril 2010:

**Grafico No. 34**  
**Formación Virtual**



Fuente: SENA. Grupo de Teleinformática y Gestión Académica de Centros

### 5.1.3 Focalización de la formación para el trabajo

El SENA ha liderado una propuesta para la consolidación de un Sistema Nacional de Desarrollo Tecnológico, Innovación y Emprendimiento en Colombia a través de la articulación e integración de una red de instituciones del sector público y privado que facilite la difusión de tecnología, y estimule la transferencia de conocimiento a los procesos productivos, particularmente de los resultados en los desarrollos tecnológicos y de innovación.

La Entidad invierte el 20% de los aportes parafiscales en acciones de fomento a la actividad empresarial, tecnológica y económica del país, siendo la inversión directa entre 2006 – abril 2010 de \$ 963.314 millones, financiando 5.625 proyectos en los diferentes programas. A continuación se detalla la inversión realizada para el periodo 2006 – abril 2010.

**Cuadro No. 102**  
**Innovación y Desarrollo Tecnológico**  
(\$ Millones)

Programa	Ejecución 2006	Ejecución 2007	Ejecución 2008	Ejecución 2009	Ejecución Enero – Abril de 2010
Convenio Sena – Colciencias	40.123	46.025	54.545	31.495	100.367
Programa Nacional de Formación Especializada del Recurso Humano Vinculado a las Empresas	34.286	44.280	23.757	31.150	24.658
Unidad de Investigación de Empresas	-	-	-	5.388	0
Programas De Innovación, Productividad y Desarrollo Tecnológico	7.642	10.958	16.374	7.860	4.426
Parques Tecnológicos - Red Tecnoparque	-	-	-	8.077	7.645
Modernización de la oferta de formación Profesional en los Centros	46.586	44.616	64.043	94.081	17.444
Colombia Certifica	2.797	3.342	3.471	4.000	3.147
Sena Digital	19.830	25.613	35.159	52.426	12.843
Internacionalización (Actualización y Transferencia Tecnológica) y Otros Proyectos	6.666	6.612	11.859	5.715	4.008
<b>Total</b>	<b>157.929</b>	<b>181.447</b>	<b>209.208</b>	<b>240.193</b>	<b>174.537</b>

Fuente: SENA

### Red TecnoParque Colombia

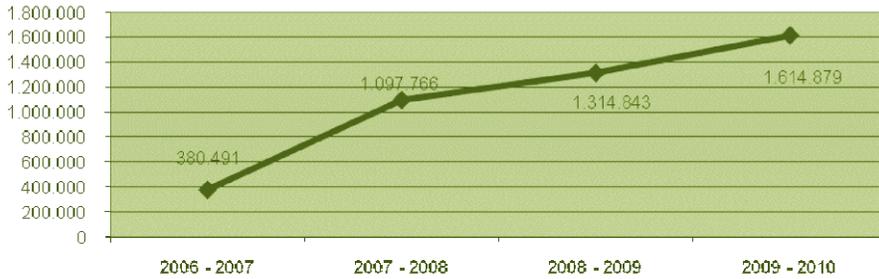
Proyecto liderado por el SENA, especialmente para construir una red que articula recursos de los sectores públicos, privados y educativos dispuestos a promover y motivar la transformación de jóvenes y público en general, en fuentes de ideas innovadoras, las cuales se pueden consolidar en empresas, contribuyendo a la productividad y competitividad del país.

En la actualidad la Red TecnoParque Colombia, cuenta con ocho nodos en funcionamiento: TecnoParque Bogotá, TecnoParque Bucaramanga, TecnoParque Manizales, TecnoParque Medellín, TecnoParque Pereira, TecnoParque Rionegro, TecnoParque Neiva.

### Atención a poblaciones vulnerables

En alianza con alcaldías y/o entidades públicas y privadas, el SENA atiende la formación de poblaciones vulnerables en todo el país. A continuación se muestran los cupos ofrecidos por cada año en el periodo Julio 2006 – 2009.

**Grafico No. 35**  
**Cupos Población Vulnerable**

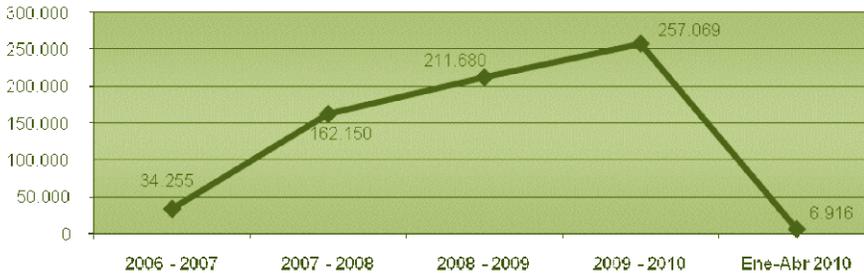


Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año

### Jóvenes rurales

Entre Julio de 2006 y diciembre de 2009, la entidad en este programa ofreció 665.154 cupos para jóvenes del sector rural. En 2009, de la meta establecida (220.000), se matricularon 257.069 jóvenes, dando así un 117% de cumplimiento en este indicador. Los resultados de este programa se observan a continuación:

**Grafico No. 36**  
**Cupos Jóvenes Rurales Emprendedores**



Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año.

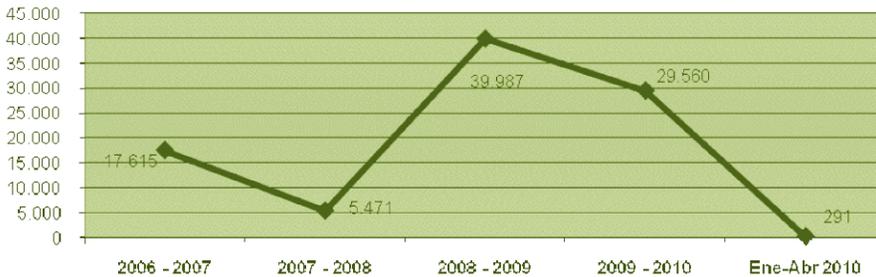
El SENA en 2008 estableció un convenio con la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo) con el propósito de adelantar la evaluación de impacto de varios de los programas estratégicos de la Entidad, incluido Jóvenes Rurales Emprendedores – JRE. Algunas conclusiones del estudio son:

- » “Entre los resultados más interesantes, es necesario destacar que el mayor interés de las personas beneficiarias por entrar al programa se origina en aprender sobre emprendimiento para montar un negocio”. El 41% de los beneficiarios del programa JRE se decidió a participar de este programa porque deseaba aprender a montar un negocio.
- » Existe una percepción positiva entre los beneficiarios de JRE, el (98,4%) muestran interés en tomar más cursos del programa.
- » Se observó que el impacto está focalizando en el nivel más bajo SISBEN y en las personas en situación de vulnerabilidad y mujeres cabeza de hogar.

## Jóvenes en acción

A partir del año 2003 el SENA recibió el programa Jóvenes en Acción, el cual era ejecutado a través de la Presidencia de la República. El objetivo del programa es implementar acciones de capacitación dirigidas a jóvenes desempleados entre los 18 y 30 años de edad, dando prioridad a aquellos en condición de desplazamiento y en proceso de reincorporación de los niveles 1 y 2 del SISBEN. Durante el periodo 2009-2010, del total de aprendices matriculados en el programa se graduaron 24.037 jóvenes.

**Grafico No. 37**  
**Cupos Programa Jóvenes en Acción**



Fuente: SENA. Dirección de Empleo y Trabajo y SGAC.

A partir del año 2010 el programa ha sido rediseñado en su componente logístico para atender a los beneficiarios a través de ampliación de cobertura, es decir, en conjunto con un amplio espectro de instituciones que se relacionan de manera estrecha con la formación de jóvenes desempleados en condición de pobreza. A través de las alianzas, el SENA como entidad gubernamental líder y responsable de impartir una formación de calidad al trabajador colombiano comparte con las instituciones el acceso a sus programas basados en la formación por proyectos así como a las diferentes herramientas de aprendizaje como por ejemplo la plataforma blackboard. El SENA pone a disposición de estas Entidades las capacidades y el conocimiento con el fin de fortalecer la pertinencia local y regional de la formación que requiere el sector productivo pero en función de la calidad de los ambientes de aprendizaje y de los docentes de las instituciones convinientes.

## Otras acciones de focalización

### 5.1.4 Articulación de las demandas del sector productivo con los programas curriculares de formación para el trabajo

En el TecnoParque Central, ubicado en Cazucá, funciona la primera Tecnoacademia del país, proyecto que busca crear un espacio de enriquecimiento científico dirigido a los jóvenes que están cursando la secundaria, los jóvenes, desde el grado 6° y hasta el grado 11°, de educación secundaria, recibirán competencias en física, química y biología y realizarán proyectos de nanotecnología e ingeniería.

La inversión del SENA para el año 2009 equivale a \$2.514 millones de pesos en infraestructura tecnológica, garantizando la dotación de los laboratorios de física, química, biología, nanotecnología, ingeniería y diseño en 3D. Además se recibieron donaciones por \$600 millones de pesos. Durante el año 2010, el SENA invirtió cerca de \$700 millones de pesos más en instructores y

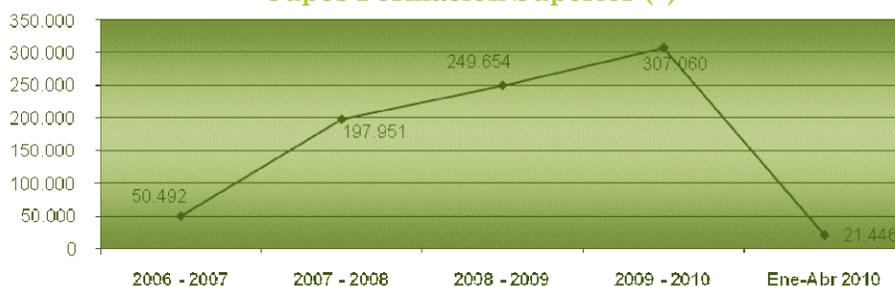
materiales de formación. En la TecnoAcademia Cuzcá, durante el año 2010 se atenderán 1.000 aprendices, 850 en formación complementaria y 150 en formación titulada.

### 5.1.5 Articulación de la formación para el trabajo con la educación media y la educación superior

#### Fortalecimiento de la Formación Técnica y Tecnológica

Uno de los aportes más significativos hechos por el SENA tiene que ver con la formación de Técnicos Profesionales y Tecnólogos, incluidos en la Formación Titulada del SENA, estos programas están reconocidos dentro de la Educación Superior. Durante el periodo Julio 2006- abril 2010, el SENA incrementó en un 30% promedio anual el total de cupos entre técnicos profesionales y tecnólogos en todo el país. En el siguiente grafico se detallan los resultados año a año:

**Grafico No. 38**  
**Cupos Formación Superior (\*)**



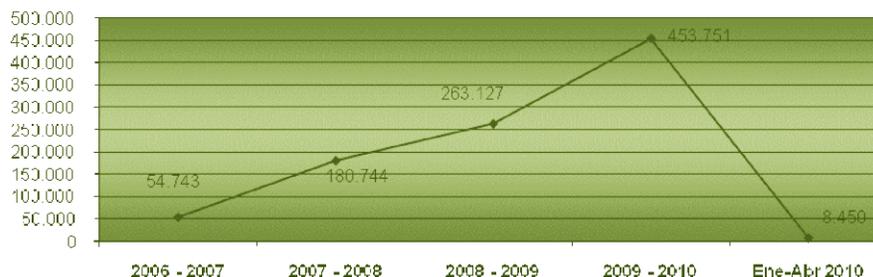
Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año  
(\*Incluye Plan 250 Mil)

#### Integración con la Educación Media

Mediante este Programa los jóvenes desde el grado 10º desarrollan un proceso de inmersión al mundo productivo, de tal forma que adquieran competencias para continuar su proceso de aprendizaje o vincularse al mundo del trabajo y así se convierten en agentes que le generan valor, utilidad y riqueza a la sociedad y al país.

Los resultados por año se describen en el siguiente grafico:

**Grafico No. 39**  
**Integración con la Media**



Fuente: SENA. Gestión Académica de Centros. Informes a diciembre de cada año.

La reducción para la vigencia 2010 está soportada en los acuerdos suscritos entre la Señora Ministra de Educación Nacional y el Director General del SENA en el pasado Consejo Comunal de Gobierno del mes de octubre del año 2009, donde se modificaron las directrices del programa de integración con la Educación Media liderado por el SENA. Una de las modificaciones sustanciales consiste que para el año 2010, sólo la Entidad integrará los programas del nivel Técnico a los jóvenes de grado décimo.

## 5.2 Generación de empleo e intermediación laboral

### 5.2.1 Programas y acciones encaminados a la generación de empleo

#### Empresas promovidas por el fondo EMPRENDER

El Fondo Emprender, creado por el Gobierno Nacional por medio de la Ley 789 de 2002 para financiar proyectos empresariales de aprendices, practicantes universitarios (que se encuentren en el último año de la carrera profesional) o profesionales que no superen dos años de haber recibido su primer título profesional, es una gran herramienta para crear empresa a partir de proyectos productivos que integren los conocimientos adquiridos por los emprendedores en sus procesos de aprendizaje.

En las siete convocatorias nacionales y las múltiples convocatorias regionales que a la fecha se han realizado, a través del Fondo Emprender se han aprobado de 1.888 proyectos por \$ 107.718 millones. En 2010 el Fondo Emprender tiene como meta promover 475 empresas y generar 2.500 empleos mediante éstas. El siguiente cuadro muestra el resumen de las convocatorias realizadas.

**Cuadro No. 103**  
**Convocatorias Fondo Emprender**

Convenio	No. de Proyectos	Valor (Millones De \$)	Cobertura
Primera	89	\$4.998	36 Municipios, 17 Departamentos
Segunda	350	\$21.277	136 Municipios, 25 Departamentos
Tercera	338	\$21.040	149 Municipios, 28 Departamentos
Cuarta	420	\$24.088	241 Municipios, 29 Departamentos
Quinta	227	\$10.191	156 Municipios, 25 Departamentos
Sexta	10	\$460	6 Municipios, 4 Departamentos
Séptima	165	\$9.971	97 Municipios, 27 Departamentos
Convocatorias Regionales (2006-2008)	228	\$12.613	54 Municipios, 16 Departamentos.
Convocatorias Regionales (2009)	61	\$3.079	32 Municipios, 33 Departamentos
Valor de los 1.888 Proyectos Aprobados por el Fondo Emprender			\$107.717 millones

Fuente: SENA. Grupo de Emprendimiento. Dirección de Formación Profesional

#### Programas de Iniciativas Locales de Gestión Empresarial (ILE)

Durante el periodo -2006-2010, el MPS firmó siete convenios interinstitucionales con diferentes entidades territoriales para el desarrollo del programa ILE en sus dos fases, como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 104**  
**Cobertura Programa ILE**  
**2006-2009**  
(Millones de pesos)

ENTIDAD TERRITORIAL	ENTIDAD EJECUTORA	VALOR CONVENIO		CONVENIO	Fase ILE
		Aporte MPS (\$)	Aportes Entidad (\$)		
Cesar	Gobernación	42.5	47.5	135 de 2006	1ra fase
Masora	Asociación de Municipios	40.0	23.5	138 de 2006	1ra fase
Bucaramanga	Imebu	25.0	20.0	0217 de 2008	2da fase
Facatativá	Alcaldía Municipal	20.0	10.0	0316 de 2008	2da fase
Cesar	Gobernación	25.0	12.1	0370 de 2008	2da fase
Masora	Asociación de Municipios	28.0	16.4	0216 de 2008	2da fase
Tolima	Gobernación	25.0	45.0	0204 de 2009	1ra fase y 2da fase
Total aportes		205.5	174.5		

Fuente: MPS. Dirección General de Promoción del Trabajo

En estas entidades territoriales se realizaron diversas acciones orientadas a obtener una serie de productos orientados a poner en marcha el Programa, tales como: elaboración de las rutas de acceso de los beneficios del programa ILE, identificación de los potenciales beneficiarios ILE y de los recursos disponibles para el montaje de las empresas y se diseñaron los indicadores que permitirían medir los impactos del programa en sus respectivas regiones.

Como resultado de la aplicación del programa en la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Facatativá (Cundinamarca) se promovieron y apoyaron siete (7) emprendimientos ILE Este resultado es consecuencia de la construcción de un marco institucional propicio para la generación de ingresos y empleo en cada uno de estos territorios. Estos primeros emprendimientos tienen el apoyo institucional de las entidades participantes y se orientan a la generación de empleo digno y decente.

**Programa de subsidios al desempleo FONEDE**

Los subsidios al desempleo se vienen aumentando todos los años debido fundamentalmente al incremento de los aportes que pagan los empresarios, así mismo contribuyendo a las metas definidas en el cuatrienio por el Gobierno nacional y que se registran mensualmente en el SIGOB.

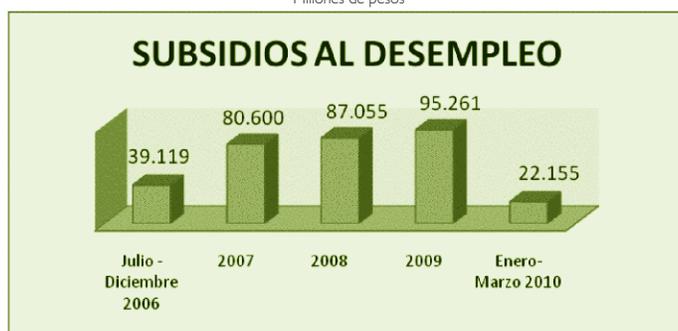
**Cuadro No. 105 Número de**  
**Subsidios asignados al Desempleo**  
**2006 – 2010**  
(Millones de pesos)

Subsidios (Asignados)						
Año	Julio - Diciembre 2006	2007	2008	2009	Enero- Marzo 2010	TOTAL
Asignados	39.119	80.600	87.055	95.261	22.155	324.190

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Grafico No. 40**  
**Valor de Subsidios asignados al Desempleo**  
**2006 – 2010**

Millones de pesos



Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Programa de microcrédito FONEDE**

**Cuadro No. 106**  
**Créditos otorgados por las Cajas de**  
**Compensación Familiar a los Afiliados**

MICROCREDITOS (No. De Créditos Otorgados)						
AÑO	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009	Enero a Marzo 2010	TOTAL
ASIGNADOS	704	1.051	1.633	1.023	192	4.603

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

**Programa de capacitación para la inserción laboral FONEDE**

**Cuadro No. 107**  
**Capacitaciones brindadas por las Cajas de Compensación Familiar**

CAPACITACIÓN (No. De Cursos Ejecutados)						
AÑO	Julio a Diciembre 2006	2007	2008	2009	Enero a Marzo 2010	TOTAL
ASIGNADOS	9.682	18.920	21.299	15.828	3.206	68.935

Fuente: Información enviada por las Cajas de Compensación Familiar – División Operativa - Superintendencia del Subsidio Familiar.

Las modalidades de microcrédito y capacitación, sus coberturas no son óptimas en el sentido que los recursos económicos apropiados no se ejecutan en su totalidad, originando un traslado presupuestal de los saldos no ejecutados al Fondo de Vivienda en cada vigencia. El Gobierno nacional deberá evaluar esta situación y aplicar los correctivos necesarios.

## Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo

Entre el 2006 y el 2010 se realizaron gestiones relacionadas con capacitación y asistencia técnica para la conformación de los Observatorios en las siguientes ciudades o departamentos: Antioquia, Atlántico, Magdalena, Bolívar, Cauca, Soacha, Boyacá, Cesar, Santander, Córdoba, Sucre, Guajira, Tolima, Manizales, Norte de Santander, Valle, Risaralda, Armenia y Villavicencio.

## Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo fortalecidos

Mediante la suscripción de convenios de cooperación se fortalecieron los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo de Bucaramanga, Manizales, Risaralda, Armenia, Ibagué, Pasto, Villavicencio, Manizales y Boyacá. En estos Observatorios se desarrolló un proceso de fortalecimiento a través de la constitución de sus equipos técnicos, construcción de los módulos de trabajo e institucionalización del Observatorio mediante la publicación de Boletines y puesta en marcha de sus respectivas páginas web.

### Cuadro No. 108 Observatorios de Mercado de Trabajo Fortalecidos 2008

(En Millones de pesos)

Observatorio	Entidad Ejecutora	Valor Contrato Interadministrativo		No. Contrato
		Aporte MPS	Aportes Entidad	
Bucaramanga	IMEBU	62.0	35.0	0317 de 2008
Tolima	Universidad del Tolima	55.0	31.5	0389 de 2008
Pasto	Universidad de Nariño	25.0	259.9	0327 de 2008
Armenia	Alcaldía de Armenia	25.0	36.5	0328 de 2008
Risaralda	Gobernación de Risaralda	25.0	92.2	0337 de 2008
Total aportes		192	455.1	647.901

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo.

A través de estos cinco (5) convenios interadministrativos se fortalecieron los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo en los siguientes aspectos:

- » Conformación de los equipos técnicos.
- » Diseño y puesta en funcionamiento de once (11) módulos de trabajo del Observatorio con información estadística de censos de población, estadísticas vitales, registros de empresas de servicios temporales y de cooperativas de trabajo asociado, Encuestas Continuas de Hogares –ECH- del DANE, estadísticas de subsidios al desempleo del FONEDE, cuentas nacionales y regionales, entre otras. Los módulos de trabajo serán los siguientes: Demografía, Mercado de trabajo, Informalidad, Educación y formación, Economía, Legislación laboral, Programas de empleo, Empresas de Servicios Temporales –EST-, Agencias de Colocación o Empleo privadas –ACE-, Agencias de Colocación o Empleo públicas y Cooperativas de Trabajo Asociado –EST-.
- » Elaboración de boletines de Estadísticas del mercado de trabajo de sus respectivas áreas de influencia.
- » Creación, administración y mantenimiento de minisitios web de sus respectivos observatorios.
- » Elaboración de dos estudios de los mercados de trabajo de Bucaramanga e Ibagué.

Minisitios creados:

- » Pasto: <http://akane.udenar.edu.co/omtp/>
- » Bucaramanga: [www.imebu.gov.co](http://www.imebu.gov.co)
- » Tolima: [www.ut.edu.co](http://www.ut.edu.co)
- » Risaralda: <http://planeacion.risaralda.gov.co/planeacion/politicas/index.php>
- » Armenia: <http://observatoriodeempleo.armenia.gov.co/paginas/>

### **Observatorio del Mercado de Trabajo de la Dirección de Promoción del Trabajo diseñado y puesto en marcha**

Mediante el Contrato de Prestación de Servicios profesionales No. 235 de 2008 se diseñó el minisitio web del Observatorio y mediante el Contrato de Prestación de Servicios profesionales No. 375 de 2009, se colocaron en marcha los principales links del observatorio y se actualizó las publicaciones, estadísticas y noticias, entre otros aspectos.

En el 2010, a través de los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales Nos. 041 y 061 de 2010 se continúa con el proceso de fortalecimiento del Observatorio a través de la elaboración de Boletines electrónicos, ampliación de la información estadística, ubicación del minisitio en los principales motores de búsqueda de Internet, elaboración de estudios sectoriales y divulgación de los principales documentos sobre mercado de trabajo elaborados en la DGPT. La dirección electrónica es: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/obtrabajo/>

### **Procesamiento de las bases de datos de las Encuestas de Hogares del DANE para fortalecimiento técnico del Observatorio del Mercado de Trabajo de DGPT y Observatorios Regionales**

Con el propósito de apoyar a la construcción de los diferentes módulos de trabajo de los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo, construir un sistema de indicadores de seguimiento de dichos observatorios y actualizar la información estadística de las encuestas continuas de hogares, se firmaron los Contratos de Prestación de Servicios profesionales Nos. 315 de 2008 y 138 de 2009. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- » Creación de un nuevo sistema de consulta de la Encuesta de Hogares del DANE para el período 2001-2008 bajo las siguientes características: Tablas de Datos en el software STATA, Cubrimiento 13 AREAS METROPOLITANAS y TOTAL NACIONAL.
- » Realización del empalme metodológico de códigos y variables entre ECH y GEIH y ajuste por censura de Ingresos y Horas laboradas, estructura de Tablas acorde con las definiciones del mercado de trabajo.
- » Creación de aplicativos de Consulta de Información Encuesta de Hogares y Econometría Laboral.

Finalmente, con el objetivo de fortalecer institucionalmente a las entidades territoriales en su proceso de diseño e implementación de políticas de empleo, se elaboró el documento de propuesta de política de empleo para cinco (5) municipios de la región norte del departamento de Nariño, a través del contrato interadministrativo de cooperación con la Gobernación de Nariño No. 333 de 2009.

## Registro de precooperativas y cooperativas de trabajo asociado

En los años 2008 y 2009, el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo de la Superintendencia de la Economía Solidaria, Departamento Administrativo Nacional de Economía Solidaria “DANSOCIAL”, Servicio Nacional de Aprendizaje “SENA” y los Gremios; desarrolló una serie de foros Regionales con el objetivo de fortalecer los nuevos mecanismos de Inspección, Vigilancia y Control en las organizaciones de trabajo asociado, donde asistieron representantes y trabajadores asociados con los siguientes resultados:

**Cuadro No. 109**  
**Foros sobre Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado**

Año	Ciudad	Asistentes
2008	Cali	127
	Pereira	88
	Medellín	85
	Bucaramanga	97
	Barranquilla	55
	Barrancabermeja	80
	Armenia	62
2009	Bogotá dos eventos	185
2010	Cali	30
	Bucaramanga	134

Fuente: MPS. Dirección General de Promoción del Trabajo

Los foros estuvieron enfocados a fortalecer en los representantes y asociados de las Precooperativas y Cooperativas de Trabajo Asociado la nueva normatividad vigente (Decreto 4588 de 2006 y Ley 1233 de 2008).

## Asistencia Técnica, Apoyo y Capacitación sobre Cooperativas de Trabajo Asociado

En 2008 se realizó asistencia técnica sobre Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado a los funcionarios de las siguientes Direcciones Territoriales y/o entidades:

**Cuadro No. 110**  
**Foros Regionales sobre Cooperativas de Trabajo Asociado CTA**

DEPARTAMENTO	AÑO	CIUDAD
Cundinamarca	2008	Bogotá
Santander	2008	Bucaramanga
Bolívar	2008	Cartagena
Tolima	2008	Ibagué
Valle del Cauca	2008	Cali

Fuente: MPS. Dirección General de Promoción del Trabajo

### Cuadro No. 111 Asistencia Técnica y Capacitación

DEPARTAMENTO	AÑO	CIUDAD
Amazonas	2009	Leticia
Cundinamarca	2009	Bogotá
Santander	2009	Bucaramanga
Sucre	2009	Sincelejo
Bolívar	2009	Cartagena
Guaviare	2008	San José del Guaviare
Córdoba	2009	Montería
Cauca	2009	Popayán
Guajira	2009	Riohacha
Meta	2009	Villavicencio
Tolima	2009	Ibagué
Norte de Santander	2009	Cúcuta
Cesar	2008	Valledupar
Antioquia	2009	Medellín
Nariño	2009	Pasto
Magdalena	2009	Santa Marta
Valle del Cauca	2009	Cali

Fuente: MPS. Dirección General de Promoción del Trabajo

Para el año 2008 se tiene un cubrimiento de cinco territoriales y para el año 2009 se llega a un cubrimiento de 17 territoriales, logrando un aumento del 340% en el último año.

### Estadísticas de cooperativas y precooperativas creadas y que han ajustado regímenes a la nueva normatividad a 2010\*:

El siguiente es el estado general de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado que han solicitado autorización de regímenes y las que han solicitado ajustes a partir de enero de 2007 ante el Ministerio:

### Cuadro No. 112 Estadística Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado

DESCRIPCION	ESTADO GENERAL	TOTAL
Estado de la Radicación	Archivada	13
	En Tramite	1.467
	Objetada	95
	Resuelta	4.057
	Total General	5.632
Tipo de Solicitud	Cuenta de Constituidas	1.644
	Cuenta de Ajustadas	2.413

Fuente. MPS. Información estadística suministrada por las Direcciones Territoriales

**Distribución por Departamento:** La siguiente es la distribución de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado por departamento de acuerdo con el sistema de reporte de las Direcciones Territoriales para el periodo 2007 – 2010\* (2007=3602, 2008=1648, 2009=311 y 2010=71):

**Cuadro No. 113**  
**Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado**  
**(Sistema de reporte de las Direcciones Territoriales)**

Departamento	No. de CTA y PCTA	Departamento	No. de CTA y PCTA
Amazonas	6	Huila	194
Antioquia	488	La Guajira	41
Arauca	21	Magdalena	114
Atlántico	374	Meta	194
Bolívar	98	Nariño	177
Boyacá	101	Norte de Santander	154
Caldas	111	Putumayo	32
Caquetá	16	Quindío	71
Casanare	30	Risaralda	116
Cauca	192	San Andrés Islas	3
Cesar	144	Santander	599
Choco	18	Sucre	48
Córdoba	78	Tolima	109
Cundinamarca	1345	Valle Del Cauca	746
Guainía	1	Vaupés	1
Guaviare	7	Total General	5.632

Fuente. MPS-Información estadística suministrada por las Direcciones Territoriales

\*Nota cifras al mes de abril de 2010, de acuerdo con la información suministrada por las Direcciones Territoriales

**Cooperativas exentas Ley 1233 de 2008:** El siguiente es el número de cooperativas y precooperativas de trabajo asociado que se acogió a lo establecido en la Ley 1233 de 2008 sobre exenciones a contribuciones especiales:

**Cuadro No. 114**  
**Cooperativas y Precooperativas Exentas (Ley 1233 de 2008)**

PERIODO	Total
2009	298
2010	310

Fuente. MPS. de acuerdo con las solicitudes allegadas a la Dirección General de Promoción del Trabajo

**Número de Cooperativas de Trabajo Asociado periodo 2006 – 2010:** El siguiente es el comportamiento del crecimiento en número de cooperativas de trabajo asociado, autorizadas por el Ministerio para el periodo en mención:

**Cuadro No. 115**  
**Número de Cooperativas de Trabajo Asociado**

PERIODO	Total	Cambio Porcentual
2006	3296	
2007	3602	9%
2008	5250	45.7%
2009	5561	5.9%
2010*	5632	1.2%

Fuente. MPS. Con base en los datos suministrados por las Direcciones Territoriales

\*Cifras al 30 de marzo de 2010

Como puede observarse el mayor incremento se dio en el año 2008 por el proceso de ajuste ordenado por el Decreto 4588 de 2006 y ampliado en el tiempo, llegando a un aumento del 45% para dicho año.

### Plan de visitas a Empresas Sociales del Estado

Durante el año 2009, se desarrolló un plan de visitas de manera conjunta con la Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de la Economía Solidaria y con el apoyo de las Direcciones Territoriales, sobre Empresas Sociales del Estado y Cooperativas de Trabajo Asociado con las cuales contratan. El punto de partida fue una prueba piloto en la ciudad de Bogotá.

A partir de la prueba piloto se diseñó una muestra representativa, con la cual se busca tener un diagnóstico a nivel nacional con ESE's de 2º y 3er nivel en todo el país. La muestra representa un 42% aproximadamente del total de ESE's existentes en el país, de acuerdo con el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 116**  
**Empresas Sociales de Estado**

Departamento	ESE	CTA
Bogotá, D. C.	12	15
Cundinamarca	3	13
Antioquia	9	41
Atlántico	4	10
Bolívar	2	9
Valle del Cauca	6	18
Magdalena	1	0
Quindío	2	15
Risaralda	3	8
Santander	3	8
Cauca	2	8
TOTAL	47	145

Fuente: Plan de visitas conjunto realizado en 2009 MPS – SUPERSOLIDARIA

### Participación en Consejos Superiores de Microempresa y Pyme

La siguiente es la participación del Ministerio de la Protección Social delegada en la Dirección, en el marco de lo establecido en la Leyes 590 de 2000, 905 de 2004 y el CONPES 3484 de 2007:

**Cuadro No. 117**  
**Participación en Consejos Superiores de MIPYMES**

Periodo	Participación	Total
2008	Participaciones consejos superiores Mipyme	16
2008	Participación mesas temáticas	12
2009	Participaciones consejos superiores Mipyme	12
2010	Participaciones consejos superiores Mipyme	2

Fuente: MPS. Dirección General de Promoción del Trabajo

## Ingreso de extranjeros al mercado laboral colombiano

Con base en la información estadística del Ministerio, basado en el análisis de proporcionalidad efectuado a las empresas que vincularon personal extranjero, se pudo establecer que durante el periodo 2006-2010 se han expedido 34.502 Certificados de Proporcionalidad de la siguiente manera:

**Cuadro No. 118**  
**Certificados de Proporcionalidad expedidos por Año**  
**2006-2010 (\*)**

AÑO	Total Certificados
2006	5.929
2007	7.513
2008	8.572
2009	9.508
2010	2.980
TOTAL	34.502

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción del Trabajo.

(\*) Datos a marzo de 2010

Así mismo, se brindó asistencia técnica y capacitación a las Direcciones Territoriales de Amazonas, San Andrés, Antioquia, Chocó, Caquetá, Guajira, Córdoba, Atlántico, Bolívar, Cesar, Magdalena, Valle del Cauca y Santander, sobre procedimientos de expedición de Certificados de Proporcionalidad, Variaciones de Proporcionalidad y aplicación de los artículos 74 y 75 del Código Sustantivo del Trabajo. Igualmente, se efectuó análisis de proporcionalidad y ocupacional a 31 listados de empresas (Nóminas) que solicitaron y justificaron la necesidad de variar la proporción entre trabajadores nacionales y extranjeros.

De la misma manera se elaboró la resolución 977 del 2009, por la cual se redujo el tiempo de expedición del certificado de proporcionalidad de 10 a 5 días hábiles, de la misma forma, se proyecta la resolución 493 del 8 de febrero de 2010, por la cual se amplía la vigencia del certificado de proporcionalidad de tres a seis meses. Finalmente se inició la automatización del trámite de solicitud de certificados de proporcionalidad, a fin de que sea realizado en línea por la empresa solicitante.

### 5.2.2 Acciones de intermediación laboral

#### Servicio público de empleo

El SENA cuenta con el Servicio Nacional de Empleo (SNE), herramienta de información que permite conectar a los desempleados con las vacantes generadas por los empresarios, hace 20 años inició su operación y ha prestado el servicio de intermediación ininterrumpidamente. A través de esta herramienta la entidad contribuye a disminuir el desempleo friccional, ocasionado por la falta de comunicación entre la oferta laboral y la demanda. El servicio se presta de forma gratuita a través de 142 puntos de atención dentro de los cuales 65 se encuentran ubicados en los Centros de Formación del SENA y a través de la página Web del SENA <http://colombianos-trabajando.sena.edu.co>. Los principales resultados del SNE se pueden observar en el siguiente cuadro:

### Cuadro No. 119 Resultados Empleo y Empleabilidad

Año	Vacantes registradas en el SPE	Tasa de colocación
Julio – Diciembre 2006	89.032	50%
2007	166.975	45%
2008	158.208	51.4%
2009	153.928	61,3%
Meta 2010	181.525	65%
Enero – Abril 2010	68.108	68%

Fuente: SENA. Dirección de Empleo y Trabajo

Este servicio también es utilizado por el SENA para realizar procesos de selección de migraciones laborales, principalmente a España. Durante 2009, como consecuencia de la crisis económica mundial, la inserción laboral de colombianos en empresas españolas se desaceleró, razón por la cual solo 61 personas pudieron acceder al mercado laboral a través del Servicio Público de Empleo.

#### Internacionalización del Sena

Dentro del convenio con la Universidad Politécnica de Valencia, el SENA ha fortalecido su proceso de internacionalización, en España. Durante 2009 se han formado 3.219 aprendices en programas de Formación Complementaria y 287 aprendices en programas de Formación Titulada.

La Entidad, consciente de la importancia de las alianzas internacionales de doble vía, recibió durante 2009, cerca de 102 misiones internacionales conformadas por funcionarios de alto nivel de entidades gubernamentales y empresarios de múltiples países. El SENA ya cuenta con más de 90 socios estratégicos en el mundo, ha desarrollado importantes alianzas para el beneficio de los instructores, aprendices y funcionarios, con países como: Estados Unidos, Israel, Alemania, Francia, Japón, Brasil, Holanda, Ecuador, Venezuela, Paraguay, México, Canadá y Perú, entre otros.

Fruto de las alianzas mencionadas, cerca de 2.603 aprendices de todas las regiones de Colombia han sido beneficiarios de formación en diferentes tecnologías, en el marco de proyectos internacionales. De ellos, más de 100 aprendices han tenido la oportunidad de salir del país a realizar pasantías a países como México, Francia y España. A abril de 2010, 173 aprendices han sido favorecidos con dichas alianzas.

De igual forma, alrededor de 866 instructores han sido beneficiarios de actualizaciones tanto en Colombia como en el exterior, así mismo han tenido la oportunidad de profundizar sus conocimientos y, en algunos casos, certificarse internacionalmente en países como Israel, Estados Unidos y Alemania. A abril de 2010, 91 instructores han participado en estas estrategias.

#### Registro de empresas de servicios temporales

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Promoción del Trabajo, lleva el Registro Nacional de Empresas de Servicios Temporales y Agencias de Colocación o Empleo, que permite identificar las empresas que fueron autorizadas, suspendidas o canceladas

en todo el país. De acuerdo con este Registro, entre los años 2006 y 2009 las Direcciones Territoriales del Ministerio de la Protección Social autorizaron el funcionamiento de 726 Empresas de Servicios Temporales. Actualmente se encuentran en funcionamiento 653, de las cuales 487 son principales y 166 sucursales. Las restantes 73 no pueden ejercer sus actividades debido a que han sido canceladas o suspendidas por las respectivas Direcciones Territoriales.

**Cuadro No. 120**  
**Comportamiento Oferta Demanda de Empresas**  
**Servicios Temporales en Colombia**  
**2006-2009**

AÑO	INSCRITOS-OFFERTA	REQUISICIONES-DEMANDA	COLOCADOS - DEMANDA
2006	940.420	648.488	621.984
2007	1.120.675	762.148	751.920
2008	1.325.997	883.006	834.057
2009(*)	1.268.015	832.805	806.627
<b>TOTAL</b>	<b>4.655.107</b>	<b>3.126.447</b>	<b>3.014.588</b>

*Fuente: Minprotección Social - Direcciones Territoriales de Trabajo- Informes Trimestrales.*

*(\*) Datos parciales. Faltan por consolidar 6 departamentos en el 4 trimestre de 2009.*

Los movimientos de oferta y demanda de las Empresas de Servicios Temporales, reportadas a través de Informes Trimestrales, permiten apreciar que en el periodo 2006 a 2009 se inscribieron en las Empresas de Servicios Temporales autorizadas por el Ministerio, 4.655.107 personas que buscaban puestos de trabajo (Oferta). En este mismo periodo las empresas usuarias de las EST requirieron 3.126.447 trabajadores con el objeto de suplir sus necesidades de personal (Demanda). De estas requisiciones se firmaron 3.014.588 contratos (Colocados), que corresponde al 60,35% del total de inscritos en el periodo y al 95,79% de efectividad en el cubrimiento del total de las vacantes –requisiciones de las empresas usuarias, como se puede apreciar en el cuadro anterior.

### 5.3 Protección laboral

Colombia viene implementando la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y Proteger al Joven Trabajador (ENETI), la cual se presenta como el resultado de un esfuerzo conjunto de instituciones y actores de diferentes regiones del País, agrupados en el Comité Interinstitucional y los Comités Regionales para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador, con presencia de organizaciones de empleadores, trabajadores e instituciones del Estado, y con el apoyo permanente de la Organización Internacional del Trabajo.

El Objetivo general de la estrategia es focalizar y ordenar las acciones de las entidades estatales y privadas en función del ingreso de Niños, Niñas y Adolescentes en Peores Formas de Trabajo Infantil o en riesgo, a la escolarización y a la oferta de servicios, y del acceso de sus familias a programas sociales que permitan que sus Niños, Niñas y Adolescentes no ingresen o se retiren de las Peores Formas de Trabajo Infantil y puedan acceder a los beneficios de la política social en general.

En este contexto, los objetivos puntuales son:

- » Escolarizar a los Niños, Niñas y Adolescentes en Peores Formas de Trabajo Infantil o en riesgo y suministrarles la mayor cantidad posible de servicios complementarios de la oferta social local y nacional.

- » Suministrar prioritariamente a las familias de estos Niños, Niñas y Adolescentes, la oferta social local y nacional necesaria para hacerlas funcionales y productivas.
- » Coordinar y complementar el trabajo de las entidades estatales y no estatales que intervengan en la tarea.

Por su parte, las metas de la Estrategia son:

- » Consolidar el proceso de descentralización de la política de Erradicación del Trabajo Infantil por medio de la formulación de planes departamentales y locales interinstitucionales.
- » Avanzar en el logro de los objetivos de la política de salud sexual y reproductiva, especialmente con adolescentes y jóvenes para prevenir su desescolarización e ingreso prematuro al mercado laboral en condiciones de gran vulnerabilidad.
- » Incrementar la relación entre los programas de subsidios educativos condicionados del programa de Familias en Acción al requisito de no trabajo infantil e integrar cada vez más los programas de Banca de Oportunidades y generación de empleo a las metas de erradicación del trabajo infantil, con énfasis en las peores formas.
- » Otorgar oportunidades de trabajo protegido y calificación laboral (Sena) para los jóvenes mayores de 15 años.
- » Prevenir la explotación laboral de niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento.
- » Socializar y Aplicar la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y proteger al Joven Trabajador 2008-2015.
- » Articular la Estrategia RED JUNTOS con la Estrategia Nacional para Prevenir y erradicar las Peores formas de Trabajo Infantil y proteger al Joven Trabajador (ENETI).

Se ha llevado a cabo la socialización e implementación de la estrategia en todos los Departamentos, promovida por la Secretaría Técnica del Comité de Erradicación del trabajo Infantil. Como resultado se presentó una reducción en 2 puntos del porcentaje de participación de la población de los niños, niñas y adolescentes en el periodo 2005-2007, pasando de un 8.9% al 6.9%.

### 5.3.1 Protección de los derechos fundamentales en el trabajo y fortalecimiento del diálogo social

En respuesta a los puntos planteados en el Plan de Desarrollo 2006-2010, el primero de junio de 2006, en la 95 Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT en Ginebra (Suiza), los delegados colombianos de las centrales obreras, el gobierno y los empresarios, firmaron el “Acuerdo Tripartito por el Derecho de Asociación y la Democracia”.

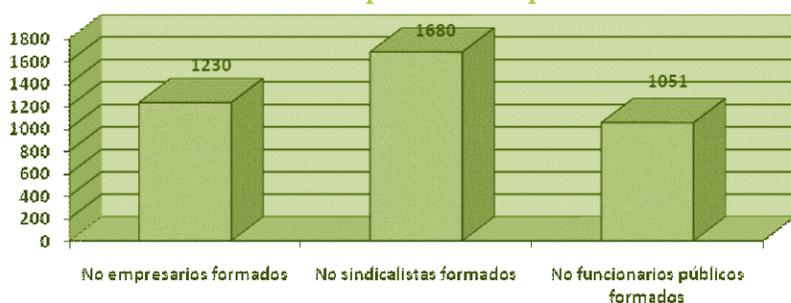
Como resultado del Acuerdo tripartito se aprobó financiar el Macro proyecto “Asistencia Técnica para la Promoción del Trabajo Digno y Decente” con un valor total de 7.600 millones, que incluyó los Subproyectos : Fortalecimiento del diálogo social, los derechos fundamentales en el trabajo y la inspección, vigilancia y control del trabajo en Colombia, Implementación de programas de generación de empleo para Mujeres Pobres a nivel nacional, Capacitación técnica empresarial a 2000 jóvenes desplazados a nivel nacional, Capacitación para el Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la promoción del desarrollo económico local PRODEL a nivel nacional.

Específicamente al Proyecto Fortalecimiento del diálogo social, los derechos fundamentales en el trabajo y la inspección, vigilancia y control del trabajo en Colombia se asigna un valor de \$ 2.248 millones de pesos. A través de este proyecto se fortaleció el diálogo social tripartito durante el 2008-2009, por medio de las siguientes acciones:

- » 633 personas participaron en eventos de formación de carácter tripartito. (Gobierno, trabajadores y empleadores).

Se capacitó un total de 3961 personas formadas en derechos fundamentales en el trabajo, normas internacionales y diálogo social, entre los cuales se encuentran 1051 funcionarios del gobierno, 1230 empresarios, 1680 sindicatos (CUT, CGT, CTC).

**Gráfico No. 41**  
**Número de personas capacitadas.**



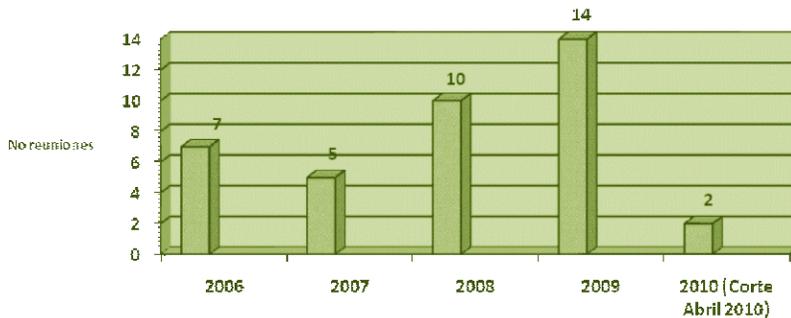
*Fuente: MPS. Dirección de Protección Laboral.*

Adicionalmente, durante el 2006-2010 se asignó un total de \$2.842,8 millones de pesos a la divulgación y promoción de los derechos fundamentales en el trabajo. Por medio de estos recursos se llevó a cabo el fortalecimiento a las 32 Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales en funcionamiento, se apoyó la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales y se trabajó en el documento de formulación de política pública de trabajo decente.

Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social realiza permanentemente asistencia técnica a la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales y las Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, de conformidad con lo establecido en la Ley 278/96. Estos escenarios se presentan como ambientes de diálogo social para los actores tripartitos (Gobierno, Empleadores y Trabajadores) a nivel nacional y local, y buscan fomentar las buenas relaciones laborales y contribuir a la solución de los conflictos colectivos de trabajo.

Dentro de este contexto, durante el periodo 2006-2010 se presentan los siguientes resultados:

**Gráfico No. 42**  
**No Reuniones realizadas por la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales 2006 – 2010**

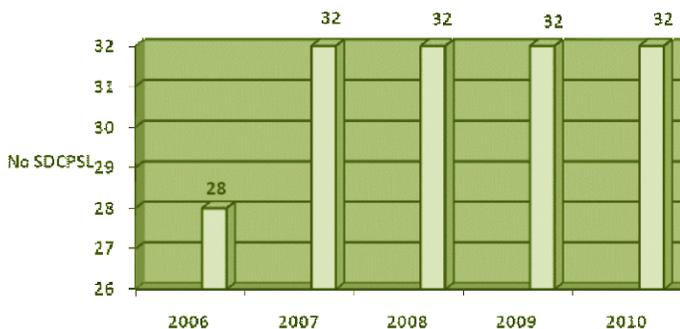


*Fuente: MPS. Dirección de Protección Laboral.*

Durante el periodo 2006-2010 la Comisión Nacional de Concertación de Políticas Laborales y Salariales ha establecido agendas de trabajo concertadas por el gobierno, empleadores y las centrales Obreras, dentro de las cuales se destacan los siguientes temas: Negociación del salario mínimo, cumplimiento de los Convenios OIT, fortalecimiento del sindicalismo y la libertad de empresa, seguimiento al cumplimiento de las Metas del Milenio, propuestas de reglamento operativo de Comisión Permanente, trabajo decente, seguro de desempleo, diálogo social tripartito y propuestas para generación de empleo.

Con respecto a las Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, SDCPSL, durante el 2006-2010 se presentan los siguientes resultados:

**Gráfico No. 43**  
**No Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales en funcionamiento, SDCPSL 2006-2010**



*Fuente: MPS. Dirección de Protección Laboral.*

En las reuniones realizadas por las Subcomisiones Departamentales de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, SDCPSL durante el periodo 2006-2010, se destacan el desarrollo de los siguientes temas: Sensibilización a los diferentes actores sociales a nivel local para el fortaleci-

miento de las subcomisiones, capacitación en temas de diálogo social, formaciones en principios y derechos fundamentales en el trabajo y procesos de capacitación en construcción de políticas públicas.

### 5.3.2 Capacitación a líderes sindicales

Este programa financiado con recursos de funcionamiento del MPS, constituye un mecanismo de apoyo y fortalecimiento del sector sindical dentro de la estrategia para generar fortalezas en la negociación y la concertación. Comprende cursos de breve duración organizados por los trabajadores sindicalizados, para difundir y actualizar las posiciones sindicales relacionadas con la estructura de sus organizaciones, con los conceptos sobre el sistema de relaciones laborales, la participación política, y el diálogo social.

Tal como lo evidencia el Cuadro No. 121, durante el 2006-2010 se presentó un total de 6.173 personas formadas por el programa de capacitación a líderes sindicales.

**Cuadro No. 121**  
**No de sindicalistas formados en el**  
**Programa de capacitación a Líderes Sindicales**  
**2006- 2010**

Año	# sindicalistas capacitados
2006	1.841
2007	1.422
2008	1.326
2009	1.584
2010	Se esperan 1.400
Total	6.173

*Fuente: MPS. Dirección de Protección Laboral.*

Con respecto a los recursos asignados al programa de capacitación a líderes sindicales, se presentó un total de \$2.528,3 millones de pesos.

**Cuadro No. 122**  
**Recursos asignados al Programa**  
**de capacitación a líderes sindicales**  
**2006 – 2010**

Año	Recursos asignados MPS (Millones pesos)
2006	510,5
2007	488,7
2008	505,8
2009	501,6
2010	521,7.
Total	2.528,3

*Fuente: MPS. Dirección de Protección Laboral.*

## 5.4. Cumplimiento de normas de trabajo y de seguridad social

### 5.4.1 Acciones en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo en materia laboral y de seguridad social

La Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control del Ministerio de la Protección Social, está conformada por el nivel central y nivel territorial, en la actualidad se cuenta con 28 Direcciones Territoriales en las capitales de Departamento, 2 Oficinas Especiales y 117 sedes de las Inspecciones de Trabajo con jurisdicción sobre la totalidad de los municipios a las que se les han asignado como resultado del estudio técnico para la modificación de estructura y planta de personal del Ministerio para establecer el diseño y la propuesta de ajuste organizacional interno; para enfrentar el nuevo esquema de trabajo, se expedieron los Decretos 1293 de 2009 “Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de la Protección Social” y 1294 de 2009 “Por el cual se modifica la planta de personal del Ministerio de la Protección Social”

En la visión de liderar un sistema de prevención, inspección, vigilancia y control con parámetros y procedimientos unificados que permitan el desarrollo, la sostenibilidad financiera y la ampliación de la cobertura del sistema de la protección social en el país, encaminado a ejercer:

- » Prevención, como agente de información, comunicación, divulgación, capacitación y demás acciones que se anticipan al conflicto laboral en pro del cumplimiento de la normatividad laboral.
- » Inspección, vigilancia y control, para asegurar el cumplimiento de las normas constitucionales, legales, reglamentarias, convencionales y los convenios internacionales del trabajo.
- » Dirección, seguimiento y evaluación del desarrollo y ejecución de las acciones y funciones de las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales.

Le corresponde a la Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo y a las Direcciones territoriales atender principalmente los diferentes actores sociales relacionados con el mundo del trabajo entre ellos:

- » Empleadores públicos y privados, nacionales y extranjeros
- » Trabajadores y ex trabajadores
- » Organizaciones sindicales de 1, 2 y 3 grado
- » Pensionados y Organizaciones de Pensionados
- » Empresas Temporales, Precooperativas y Cooperativas de Trabajo Asociado
- » Entidades públicas y privadas de los sistemas de seguridad social integral y de protección social

El sistema de IVC en desarrollo a los planes de gobierno en periodo contentivo sigue dando continuidad en acciones en los siguientes aspectos:

#### Contrato Sindical

En relación con el contrato sindical en desarrollo de los lineamientos dictados por el Gobierno Nacional para que las organizaciones sindicales se comprometieran con un sindicalismo de parti-

cipación, la respuesta en este sentido ha sido totalmente positiva, es así como a la fecha se tienen registrados 165 Contratos, clasificados por actividades económicas de acuerdo con los códigos CIU, de la siguiente manera: Energía eléctrica, Servicio de Salud, Caña de azúcar e Hilatura de fibras textiles y otros en actividades económicas tales como: de fabricación de cuerdas, cordeles cables, bramantes y redes; instalaciones hidráulicas, industria básica de hierro y acero, alimentos compuestos, productos de panadería.

### Histórico del proyecto de inversión

Con cargo al proyecto de “Asistencia técnica para modernizar y optimizar el sistema de inspección, vigilancia y control con divulgación de la normatividad laboral orientada a la clase empresarial y trabajadora del sector formal, informal y formas asociativas vulnerables”, se ha venido practicando visitas de fortalecimiento y seguimiento al sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo a los compromisos suscritos con las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales de Trabajo, así como publicaciones tales como el Manual del Inspector, Cartillas de Derechos y Deberes en el Mundo del Trabajo, de Servicio Domestico, Jurisdicción y sede de las Inspecciones de Trabajo y material didáctico para respaldar las capacitaciones, campañas jurídico laborales, entrenamientos, socialización de la normatividad laboral, con una ejecución de recursos para el cuatrienio de \$1.108 millones.

### Contribución al fortalecimiento de las relaciones laborales individuales y colectivas a través de la mediación, conciliación y arbitraje con los actores del sistema para el cumplimiento de la normatividad laboral

Con respecto a los Tribunales de Arbitramento, cancelación de inscripción de organizaciones sindicales, realización de estudios económico-técnicos y recursos de apelación, las actividades para el cuatrienio, se resumen en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 123**  
**Relación de Procesos y Actividades Desarrolladas**

AÑO	TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO				REALIZACION DE ESTUDIOS ECONOMICO-TECNICO	
	Convocados	No Convocados	Integración	Aprobación Tercer Arbitro	Conceptos económicos y/o técnicos sobre Despidos Colectivos	Disminución de Capital
2006	42	2	35	61	9	22
2007	34	3	29	60	6	15
2008	33	0	31	41	5	11
2009	33	11	25	46	7	7
marzo 2010	13	6	8	6	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>22</b>	<b>128</b>	<b>214</b>	<b>29</b>	<b>58</b>

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

Para el cuatrienio se tiene un total de 155 Tribunales de Arbitramento Convocados, siendo el mayor número de Tribunales convocados en el año 2006, debido a la cantidad de solicitudes presentadas por los conflictos colectivos, donde las partes no llegaron a un arreglo.

De otra parte en cuanto a la Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades se tiene la siguiente información teniendo en cuenta que el Congreso de la República aprobó la Ley 1210 de 2008, la cual termina con las divergencias existentes entre el Estado Colombiano y la Organización Internacional del Trabajo OIT en relación a las facultades para la Declaratoria de Ilegalidad de la Huelga, toda vez, que a partir de la vigencia de esta Ley la competencia le corresponde a la Rama Judicial del Poder Público, es decir, al Tribunal Superior del Distrito Judicial.

Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades 2006 = 6

Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades 2006 al 2007 = 1

Declaratoria de ilegalidad por cese de actividades 2007 al 2008 = 1

### Registro de inscripción de actas de Constitución de una organización sindical, depósitos de modificación de estatutos y cambios de Juntas Directivas

Con el fin de dar cumplimiento a las sentencias C – 465 y C – 695 de 2008, mediante notas internas números 285839 del 25 de septiembre, 325118 del 5 de noviembre y 343137 del 21 de noviembre de 2008, se dieron instrucciones a los funcionarios competentes, con el fin de unificar criterios; en consecuencia en este momento el Ministerio de la Protección Social vienen depositando la creación de organizaciones sindicales, modificación de estatutos y cambios de juntas directivas, anexando los correspondientes modelos generados por el nivel central.

**Cuadro No. 124**  
**Negociación Colectiva**

AÑO	Depósito de Convenciones	Depósito de Pactos	Denuncias de Convenciones	Denuncias de pactos	Huelgas	Organizaciones nuevas Sindicales	Cese de Actividades
2006	457	218	643	43	8	74	1.177
2007	254	182	465	32	7	79	941
2008	280	225	368	29	3	91	2.829
2009	391	218	461	41	1	174	287
marzo 2010	76	111	77	16	1	14	32

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

Con relación al mayor depósito de convenciones colectivas de trabajo comparado con los Pactos Colectivos, la diferencia está dada por cuanto hubo mayor uso del derecho de negociación colectiva de las organizaciones sindicales respecto a los trabajadores no sindicalizados.

#### 5.4.2. Fortalecimiento de la gestión de las Direcciones Territoriales

Se ha venido fortaleciendo la gestión de las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales, a través del desarrollo e implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación; así mismo se han dado algunas recomendaciones para apoyar la elaboración por parte de los empleadores, el capítulo que les permita cumplir la obligación de adaptar el reglamento de trabajo a los requerimientos de la Ley 1010 sobre acoso laboral, entre otros.

**Cuadro No. 125**  
**Solicitudes investigación Acoso Laboral**

Años	Número de solicitudes por Acoso Laboral
2006	369
2007	295
2008	745
2009	723
A marzo 2010	179
Total Solicitudes	2311

*Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.*

### 5.4.3 Fortalecimiento del sistema de inspección del trabajo

Un primer aspecto lo comprende el compromiso del gobierno colombiano, asumido en la Comisión Nacional de Concertación de Políticas Sociales y Laborales, en diciembre de 2006 en donde se aprobó el fortalecimiento de las inspecciones de trabajo.

El renovado sistema de inspección debe tener, en su concepción de mejora, como cualidades o características principales las siguientes:

- » Tener un enfoque preventivo que haga posible anticiparse al incumplimiento de obligaciones laborales y a la ocurrencia de problemas laborales en las empresas.
- » Ser confiable por la imparcialidad con la que actúa con la autoridad, siempre con un criterio objetivo y estandarizado que genere una actitud positiva de las partes para resolver los problemas.
- » Utilizar la información para la toma de decisiones de intervención, con objeto de dar atención prioritaria a sectores de actividad y empresas con mayores riesgos y recurrencia de problemas laborales, para lo cual se debe utilizar información confiable sobre el particular.
- » Lograr una mayor cobertura y sustancia en su impacto, como resultado de una estrategia que se derive de las cualidades antes señaladas.

Se buscan dos objetivos fundamentales con la estrategia de mejora del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control - IVC:

- » Cumplimiento de normas laborales y de Seguridad Social en Pensiones y riesgos profesionales.
- » Proveer información sobre condiciones laborales.

El sistema de IVC, da énfasis a la implementación de un enfoque preventivo fundamentado en:

- » Confiable por su imparcialidad.
- » Mayor cobertura.
- » Utilización de la información para la toma de decisiones.

Los elementos del Sistema de Inspección del Trabajo son en esencia:

- » Normativa.
- » Operación.
- » Organización.

- » Información y tecnología
- » Relaciones con los sectores

Los avances en el tema se ven reflejados en los siguientes cuadros:

**Cuadro No. 126**  
**Avances en elemento Normativo**

DECRETOS	<b>AVANCES:</b> Decretos 1293, y 1294 de abril de 2009 "Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de la Protección Social" y "Por el cual se modifica la planta de personal del Ministerio de la Protección Social"
RESOLUCIONES	Resolución 2180 de 2008 del por la cual se amplio el perfil académico l para los inspectores de trabajo. <b>AVANCES:</b> Resolución 2605 del 27 de julio de 2009 crean grupos y reasignan funciones en el MPS. Resoluciones 2776 y 2779 del 4 de agosto de 2009 – Distribución de los nuevos cargos y manual de funciones de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo.
CIRCULARES	Circular 060 del 6 de octubre de 2008 - Establece para los trámites relacionados con el sistema de de Inspección y Vigilancia los requisitos y tiempos mínimos de respuesta.
OTROS	Estudio técnico soporte del proyecto de ley antitrámites: Incluye temas del proceso como son compensación de vacaciones, anticipos y prestamos sobre salarios, inscripción del comité paritario de salud ocupacional, autorizaciones pago parcial de cesantías e inscripción, modificación de estatutos y de juntas directivas de las asociaciones de pensionados, entre otros

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

**Cuadro No. 127**  
**Avances en elemento Operativo y Metodológico**

AÑO	ACTIVIDADES	AVANCES Y LOGROS
2009	Seguimiento a las Direcciones Territoriales piloto	Antioquia, Atlántico, Bolívar, Caldas, Cesar, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Santander y Valle del Cauca.
2008	Fortalecimiento recurso humano: 1) Capacitación de los funcionarios en presentación modelo 2) Desarrollo humano (liderazgo, comunicación, creatividad y equipos de alto desempeño).	2008: 51 eventos -390 funcionarios capacitados.
2009	3) Análisis de riesgo 4) Administración del Cambio y calidad del servicio 5) Negociación y conciliación 6) Bases de datos (atención al usuario, conciliaciones y querellas administrativo laborales).	2009: 3 encuentros regionales -152 funcionarios capacitados
2008	Difusión del proyecto y sensibilización normativa -cultura de cumplimiento de las obligaciones laborales	Reuniones con sectores y entidades y jornadas de capacitación.
2009	Presentación en Direcciones Territoriales a Subcomisiones de Concertación, gremios, sindicatos, capacitaciones a trabajadores y empleadores énfasis en enfoque preventivo de inspección del trabajo.	Utilización de medios de comunicación locales y empresariales

AÑO	ACTIVIDADES	AVANCES Y LOGROS
2008 2009	Información para hacer análisis de riesgos, Construcción de documentos de análisis de riesgo para identificar actividades económicas críticas y enfocar labores de inspección.	Documentos de informes pre-análisis de riesgo a las Direcciones Territoriales ingresadas en el 2008 y 2009
2008 2009	-Realización de inspecciones preventivas -Discusión de la herramienta con el MPS -Capacitación a los Inspectores de Trabajo -Realización de visitas bajo nuevo enfoque preventivo.	2008: 572 VISITAS PREVENTIVAS 2009:544 VISITAS PREVENTIVAS
2008 2009	-Celebración de Acuerdos Mejora -Facilitación para la construcción de acuerdos -Suscripción de acuerdos por empresa y por rama de actividad económica.	2008: 219 ACUERDOS DE MEJORA 2009: 238 ACUERDOS DE MEJORA
2009	Visitas de reforzamiento a la implementación del proyecto a las Direcciones Territoriales.	
2009	Encuentros regionales en las que asistieron las Direcciones Territoriales celebrados en: Cesar, Sucre, Córdoba, Guajira, Pereira : Risaralda, Quindío, Chocó, Tolima, Apartadó, y Bogotá: Boyacá, Norte de Santander, Cauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés, Caquetá, Vichada, Barrancabermeja, Guajira, Arauca, Casanare, Nariño	

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

### Cuadro No. 128 Adición de la planta personal: (Decretos 1293 y 1294 del 16 de Abril de 2009)

Denominación	Antes	Ampliación	Ahora	% Incremento
Profesionales (12 Especializados y 48 Universitarios)	97	60	157	38,22%
Técnicos	35	16	51	31,37%
TOTAL INCREMENTO CARGOS	421	211	632	33,39%

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

### Cuadro No. 129 Relación de cargos nuevos

Nivel Profesional	45	15	60
Inspectores de Trabajo	95	40	135
Técnicos	14	2	16
Total	154	57	211

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

**Cuadro No. 130**  
**Fortalecimiento de la estructura asignada al sistema de Inspección,  
 Vigilancia y Control de Trabajo**

Estructura anterior Nivel Central	Estructura actual Nivel Central
Unidad Especial de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo con los grupos internos de trabajo de :  Inspección y vigilancia preventiva Relaciones Laborales individuales y colectivas Archivo sindical	Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo con los grupos de: Direccionamiento Estratégico Gestión y Desarrollo Gestión Laboral Archivo Sindical
Direcciones Territoriales 34 Direcciones Territoriales y dos (2) Oficinas Especiales de Trabajo (Barrancabermeja y Urabá)	Direcciones Territoriales Treinta (28) Direcciones Territoriales, dos (2) Oficinas Especiales (Barrancabermeja y Urabá)
Veinte (20) Direcciones Territoriales con dos Grupos internos de trabajo: Grupo de trabajo, empleo y seguridad social Grupo de prevención, inspección, vigilancia y control Cinco (5) Direcciones Territoriales y dos (2) Oficinas Especiales con Inspecciones de Trabajo, sin Grupos Internos de Trabajo 7 Direcciones territoriales Que solamente tenían un Director Territorial	Nueve (9) Direcciones Territoriales : tipo con tres (3) grupos Internos de Trabajo: Atención al ciudadano y tramites Resolución de conflictos-conciliación Prevención, inspección, vigilancia y control Once (11) Direcciones Territoriales con dos grupos Internos de Trabajo: Atención al ciudadano y tramites Prevención, inspección, vigilancia y control -Resolución de conflictos-conciliación Seis (6) Direcciones Territoriales y dos oficinas especiales a quienes se le crea un grupo de: Prevención, inspección, vigilancia y control -Resolución de conflictos-conciliación A las Direcciones Territoriales de Amazonas y San Andrés se les asigna Un cargo de Inspector de trabajo. En los Departamentos de Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés se asignará un cargo de inspector de trabajo .

*Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.*

## Organización:

### En el nivel Central – Dirección General de Inspección, Vigilancia y Control de Trabajo

- » Con la creación del Grupo de Direccionamiento Estratégico, se pretende gerencia de la información, realizar los análisis del riesgo laboral y generar estrategias y líneas de acción a desarrollar.
- » El Grupo de Gestión y Desarrollo (antes Inspección y vigilancia preventiva) pretende diseñar los mecanismos y crear instrumentos para que en forma unificada se efectúe la prevención, inspección y vigilancia; así mismo coordinar con las dependencias del ministerio, las Direcciones territoriales y oficinas especiales los esquemas de inspección preventiva (anticiparse al conflicto y asegurar el cumplimiento de las normas laborales) y la reactiva del trabajo (instruir y sancionar por el no cumplimiento de las normas laborales).
- » El Grupo de Gestión Laboral (antes Relaciones Laborales Individuales y colectivos) , adelanta las funciones establecidas por ley entre otras: convocatoria, integración, asignación de árbitro y pago de honorarios en los tribunales de arbitramento, emisión de

conceptos económicos y técnicos a las solicitudes de despido colectivo, suspensión de actividades, disminuciones de capital

- » El Grupo de Archivo Sindical que se mantiene y es el responsable de la guarda de los documentos relacionados con las organizaciones sindicales y expide certificaciones en cuanto a su contenido acorde a las solicitudes de los órganos de control y entes de la rama jurisdiccional y los particulares entre otros.

### En las Direcciones Territoriales

- » Se crea el Grupo de Atención al Ciudadano y Trámites responsable de atender al ciudadano, suministrando la información, recepcionando y efectuando los tramites y dando respuestas a las solicitudes de los usuarios como son: autorizaciones, depósitos, certificaciones, permisos entre otras; de igual forma registra los datos estadísticos y consolida información insumo de análisis de riesgo laboral de la Dirección Territorial.
- » El Grupo de Resolución de conflictos-Conciliación: (nuevo) Se especializa en atender las audiencias de conciliación, conflictos rurales de trabajo y de acoso laboral, realiza programas pedagógicos de mejoramiento de las relaciones laborales y apoya los procesos de negociación colectiva.
- » Grupo de Prevención, Inspección, Vigilancia y control realiza las campañas informativas y promueve el cumplimiento de las normas laborales, efectúa la inspección preventiva, adelanta las investigaciones administrativo-laborales e impone las sanciones por no cumplimiento a las normas laborales

### Cuadro No. 131 Información y Tecnología

1.- Se está adelantando un Proyecto de Inversión de Cooperación Internacional o un Convenio con el Gobierno de Canadá para financiar el diseño e implementación de un sistema de información

2.-Se diseñaron documentos con las variables para generar bases de datos de control de gestión

3.- Distribución de equipos de cómputo y solicitud de redes en las sedes del MPS donde se está implementado la propuesta

4- Diseño e implementación de unas planillas preliminares para recolección de información en las Direcciones Territoriales.

*Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.*

### Contribuciones

La propuesta del Sistema de Inspección Laboral ha sido incluida en la ejecución de la política pública de Competitividad y productividad establecida en el CONPES 3527.

**Cuadro No. 132**  
**Sanciones por Evasión y Elusión**

Año	SGRP	S. P.
2006	165	728
2007	102	528
2008	234	734
2009	202	1.152
A marzo 2010	43	277
Total	746	3.419

Fuente: MPS. Dirección General de IVC de Trabajo.

SGRP: Sistema General de Riesgos Profesionales.

SP: Sistema de Pensiones.

En cuanto a las sanciones por Evasión y Elusión, sobresalen los resultados en sanciones por evasión y elusión al Sistema de Pensiones, el notorio incremento que se observa en 2009 obedece en parte a la implementación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA, para el pago a la seguridad social de los colombianos y también debido a las visitas programas por las Direcciones Territoriales para detectar la evasión y elusión en el SSSI.

#### 5.4.4. Consolidado de actividades de las Direcciones Territoriales

**Cuadro No. 133**  
**Resumen de Actividades Direcciones Territoriales**

Variables	Año				
	2006	2007	2008	2009	Primer trimestre 2010
Atención al Público					
Consultas Verbales	417.368	392.876	393.268	346.010	86.466
Actas Conciliadas	78.668	75.934	73.089	67.843	17.660
Actas no Conciliadas	17.953	16.852	16.905	17.124	4.469
Visitas					
Visitas de Inspección de Carácter General	7.120	6.324	6.390	7.114	1.415
Investigaciones Administrativas					
Investigaciones Administrativas	29.267	51.522	39.552	31.910	7.948
Sanciones					
Sanciones a los Derechos Laborales Individuales	551	670	849	533	64
Sanciones por Violación a la Convención Colectiva	49	29	53	25	10
Sanciones por negativa a Negociar	4	3	10	0	2

Sanciones por atentar contra el Derecho de Asociación Sindical	13	10	9	6	1
Sanciones por Evasión y Elusión Sistema de Riesgos Profesionales	165	102	234	202	43
Sanciones por Evasión y Elusión Sistema de Pensiones	728	528	734	1152	277
Sanciones por Evasión y Elusión a Parafiscales	92	132	57	33	9
Sanciones por no cumplir con los Requerimientos	1.070	667	429	543	153
Infancia y Adolescencia					
Autorizaciones concedidas a menores	11.017	10.719	9.166	5.759	1.918
Autorizaciones negadas a menores	1.530	2.053	3664	2.747	642
Solicitudes en Estado de Embarazo					
Solicitud de Despido en estado de Embarazo Autorizadas	48	44	55	68	7
Solicitudes de Despido en estado de Embarazo Negadas	78	83	71	86	13
Reglamentos y Registros					
Reglamentos de Trabajo Aprobados	11.726	8.934	5.993	5.281	1.259
Comités Paritarios de Salud y Vigías Ocupacionales registrados	16.198	20.351	18.903	22.153	4.894

Fuente: MPS, Dirección General de IVC de Trabajo – Direcciones Territoriales.

## 6. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

### 6.1. Comportamiento de los recursos del sector salud

La dirección y control integral del FOSYGA está a cargo del Ministerio de la Protección Social, el cual a través de la Dirección General de Financiamiento garantiza el adecuado cumplimiento y desarrollo de sus objetivos. Durante el periodo 2006-2010 el FOSYGA continuó en el trabajo de ajuste a los principales procesos operativos con el propósito de mejorar la gestión integral del Fondo. En el citado período se continuó aplicando la metodología para el análisis de la sostenibilidad financiera de las Subcuentas de Compensación y Solidaridad, consistente en el diseño y construcción de modelos de proyección que permiten tener en cuenta todas las variables que inciden en el comportamiento financiero de las Subcuentas, elaborando documentos técnicos que han servido de base para la toma de decisiones, particularmente respecto al incremento de la UPC por parte del CNSSS y para soportar los procesos de ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado; esta metodología se ha enriquecido particularmente en el último año, en el cual se trabajó en un modelo integrado de análisis de sostenibilidad del SGSSS.

En 2006 se adelantó el Concurso de Méritos MPS-18-2006 para la contratación de la auditoría al FOSYGA e interventoría al Contrato 242 de 2005 de Administración Fiduciaria de los recursos del Fondo, declarado desierto por aspectos jurídicos; en el 2007 se realizó nuevamente el proceso licitatorio logrando adjudicar a finales de la citada vigencia el contrato respectivo. En 2008 se inició el nuevo contrato de auditoría al FOSYGA e interventoría al contrato de administración fiduciaria de los recursos del Fondo, que ajusta y mejora algunos esquemas del proceso de seguimiento que mostraban falencias, con el propósito de continuar el mejoramiento de los procesos que adelanta el Fondo.

Desde 1996 la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, venía acumulando excedentes financieros originados en un mayor recaudo a los recursos apropiados para cofinanciar el Régimen Subsidiado de Salud; a partir de 2006 se inició la presupuestación de la totalidad de recursos que se estimaba recaudar, para ser ejecutados durante cada vigencia. A partir de 2008 y mediante el Acuerdo 377 del CNSSS, se definieron los criterios y cronograma para la utilización de los excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad generados en vigencias anteriores, los cuales se invierten en ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado de Salud.

Como consecuencia de las Sentencias 1165 de 2000 y 040 de 2004 de la Corte Constitucional, de los análisis y cálculos para establecer las deudas a favor de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA por aportes de la Nación y de las gestiones adelantadas por el Ministerio para su reconocimiento, a partir de 2006 la Nación viene realizando abonos a la deuda por dicho concepto.

Durante la vigencia 2007, se adelantaron los trámites que permitieron la expedición del Decreto 3990 de 2007, que reestructuró la operación de la Subcuenta ECAT; mediante esta norma, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas, se establecen con-

troles y se precisan requisitos para el trámite de reclamaciones ante el FOSYGA. A partir de julio de 2008, se implementa el citado Decreto, lo cual implicó un amplio proceso de capacitación a través del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA y un arduo trabajo en el afinamiento de las actividades, procesos y procedimientos que se vieron impactados positivamente como consecuencia de la nueva norma.

Durante la vigencia 2009, se concluyó la reingeniería de la Subcuenta ECAT, derivada de la expedición del Decreto 3990 de 2007, que significó una reestructuración integral a los procesos, software, controles y esquemas de auditoría de reclamaciones.

En 2010 se concretó la liquidación del Contrato 255 de 2000 suscrito con el Consorcio FISA-LUD. De otra parte y para lograr mayor rigor técnico en el ejercicio de las funciones que asume el Ministerio como Consejo Administrador de los Recursos del FOSYGA, se expidió la Resolución 781 de 2010, por la cual se crea el Comité de Análisis y Seguimiento al Presupuesto del FOSYGA y se reglamenta su funcionamiento.

El establecimiento de un esquema interno de seguimiento y cumplimiento del Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la República ha sido fundamental para el mejoramiento de la gestión del Fondo; se pasó de tener 158 glosas asociadas al FOYSGA en los informes de auditoría de la Contraloría en la vigencia 2002 a 21 glosas al cierre de 2008, respecto de las cuales se adelantan actividades de mejoramiento concretas.

### 6.1.1 Sistema General de Participaciones

La Ley 715 de 2001 determinó que los recursos del Sistema General de Participaciones entre 2006 y 2007, crecerían en un porcentaje igual a la tasa de inflación causada, más un crecimiento adicional de 2,5%; con la Ley 1176 de 2007 se estableció un crecimiento real de 4% para los años 2008 y 2009, de 3,5% en el 2010 y de 3,0% entre 2011 y 2016. Durante las vigencias 2006 a 2010 se distribuyeron recursos para el sector salud así:

**Cuadro No. 134**  
**Distribución de Recursos Sistema General de Participaciones**  
**Vigencias 2006 a 2010**

Millones de pesos

Año	Reg. Subsidiado		Salud Pública		Prestación de Servicios				Total
	Valor	%	Valor	%	Pres. Serv.	Aport. Patr.	Total	%	
2006	1.940.245	50,6%	398.372	10,4%	1.144.527	352.493	1.497.020	39,0%	3.835.637
2007	2.310.464	55,9%	415.409	10,0%	1.049.337	358.362	1.407.699	34,1%	4.133.572
2008	2.696.369	60,6%	449.295	10,1%	940.941	361.861	1.302.802	29,3%	4.448.466
2009	3.224.520	64,7%	503.666	10,1%	897.059	361.540	1.258.599	25,2%	4.986.785
2010	3.496.511	65,0%	543.304	10,1%	974.960	364.472	1.339.432	24,9%	5.379.247

Fuente: Documentos Conpes Social de distribución para cada vigencia

NOTA: Valor pendiente de distribuir en la vigencia 2010: \$23.169 millones

### 6.1.2 Fondos

#### Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga

El Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA fue creado por la Ley 100 de 1993, como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Esta-

tuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el Artículo 150 de la Constitución Política, conformado por las Subcuentas de Compensación, Solidaridad, Promoción y Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT.

Durante el cuatrienio, cabe destacar el incremento sostenido en la apropiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, la cual pasa de una apropiación de \$1.584.800 millones en el 2006 a \$3.465.616 millones en el 2010, presentando incrementos en la apropiación anual de 2007 a 2010 del 15%, 40%, 17% y 15% respectivamente.

El recaudo de los ingresos del FOSYGA para la vigencia 2006, en las Subcuentas de Compensación y ECAT fue superior al monto de la apropiación definitiva incorporada al presupuesto; del presupuesto de ingresos por valor de \$9.700.949 millones, se recaudaron \$9.995.356 millones equivalentes al 103%; del presupuesto de gastos se comprometieron recursos por valor de \$8.869.714 millones equivalentes al 91,4% de lo apropiado.

En la Subcuenta de Compensación con una apropiación de \$7.627.559 millones, se recaudaron \$7.778.375 millones (102%) y se comprometieron recursos por valor de \$6.971.753 millones (91,4%); la Subcuenta de Solidaridad de una apropiación de \$1.584.800 millones, presentó un recaudo de \$1.481.305 millones (93,5%) y compromisos por \$1.564.995 millones, 98,8% respecto a lo apropiado; la Subcuenta de Promoción de una apropiación de \$310.028 millones presentó un recaudo efectivo de \$295.552 millones (95,3%) y compromisos por \$256.710 millones (82,8%) y en la Subcuenta ECAT de una apropiación de \$178.562 millones, se recaudaron \$440.124 millones (246,5%) y se comprometieron \$76.256 millones (42,7%).

El recaudo de los ingresos del FOSYGA para la vigencia 2007, en las Subcuentas de Solidaridad, Promoción y ECAT fue superior al monto de la apropiación definitiva incorporada al presupuesto; del presupuesto de ingresos por valor de \$11.143.625 millones, se recaudaron \$11.652.430 millones equivalentes al 104,6%; del presupuesto de gastos se comprometieron recursos por valor de \$10.664.222 millones equivalentes al 95,7% de lo apropiado.

En la Subcuenta de Compensación con una apropiación de \$8.798.858 millones, se recaudaron \$8.625.041 millones (98%) y se comprometieron recursos por valor de \$8.531.881 millones que representan el 97% de la apropiación; en la Subcuenta de Solidaridad de una apropiación de \$1.822.846 millones, se recaudaron \$2.063.078 millones (113,2%) y se comprometieron recursos por \$1.754.673 millones, 96,3% respecto a lo apropiado; la Subcuenta de Promoción de una apropiación de \$335.928 millones presentó un recaudo efectivo de \$375.720 millones (111,8%) y compromisos por \$290.618 millones (86,5%) y en la Subcuenta ECAT de una apropiación de \$185.993 millones, se recaudaron \$588.591 millones (316,5%) y se comprometieron \$87.050 millones (46,8%).

El recaudo de los ingresos del FOSYGA para la vigencia 2008, en la Subcuenta ECAT fue superior al monto de la apropiación definitiva incorporada al presupuesto; del presupuesto de ingresos por valor de \$14.068.467 millones, se recaudaron \$13.541.580 millones equivalentes al 96,3% y se comprometieron recursos por valor de \$12.199.331 millones, el 86,7% de lo apropiado.

En la Subcuenta de Compensación con una apropiación de \$10.943.997 millones, se recaudaron \$10.136.429 millones (92,6%) y se comprometieron recursos por \$9.231.273 millones que representan el 84,4% de la apropiación; la Subcuenta de Solidaridad de una apropiación de \$2.570.230 millones, presentó un recaudo de \$2.269.980 millones (88,3%) y compromisos por \$2.510.170 millones, 97,7% con respecto a lo apropiado; la Subcuenta de Promoción de

una apropiación de \$397.740 millones presenta un recaudo de \$389.477 millones (97,9%) y compromisos por \$304.520 millones (76,6%) y en la Subcuenta ECAT de una apropiación de \$156.500 millones, se recaudaron \$745.694 millones (476,5%) y se comprometieron recursos por \$153.368 millones ( 98%).

El recaudo de los ingresos del FOSYGA para la vigencia 2009, en la Subcuentas de Solidaridad y ECAT fue superior al monto de la apropiación definitiva incorporada al presupuesto; del presupuesto de ingresos por valor de \$16.972.019 millones, se recaudaron \$16.966.659 millones equivalentes al 99,9%; del presupuesto de gastos se comprometieron recursos por valor de \$15.584.199 millones equivalentes al 91,8% de lo apropiado.

En la Subcuenta de Compensación con una apropiación de \$12.627.367 millones, se recaudaron \$11.653.436 millones (92,3%) y se comprometieron recursos por valor de \$11.460.054 millones, el 90,8% de la apropiación; la Subcuenta de Solidaridad de una apropiación de \$3.014.474 millones, presentó un recaudo de \$3.455.381 millones (114,6%) y compromisos por \$2.940.024 millones, 97,5% respecto a lo apropiado; la Subcuenta de Promoción de una apropiación de \$746.027 millones presentó un recaudo de \$655.183 millones (87,8%) y compromisos por \$634.772 millones (85,1%) y en la Subcuenta ECAT de una apropiación de \$584.151 millones, se recaudaron \$1.202.659 millones (205,9%) y se comprometieron recursos por \$549.349 millones (94%).

Para la vigencia 2010 con corte a 31 de marzo, de la apropiación definitiva incorporada al presupuesto por \$17.032.236 millones, se han recaudado \$6.934.885 millones equivalentes al 40,7% y se han comprometido recursos por valor de \$6.078.857 millones equivalentes al 35,7% de lo apropiado.

En Subcuenta de Compensación con una apropiación de \$11.352.928 millones, se han recaudado \$3.226.497 millones (28,4%) y se han comprometido recursos por \$3.377.039 millones que representan el 29,7% de la apropiación; la Subcuenta de Solidaridad con una apropiación de \$3.465.616 millones, ha recaudado \$1.818.504 millones (52,5%) y comprometido recursos por \$1.550.959 millones (44,8%); la Subcuenta de Promoción de una apropiación de \$987.542 millones presenta un recaudo efectivo de \$735.336 millones (74,5%) y compromisos por \$179.204 millones (18,1%) y en la Subcuenta ECAT de una apropiación de \$1.226.150 millones, se han recaudado \$1.154.548 millones (94,2%) y se han comprometido recursos por \$971.655 millones ( 79,2%).

A continuación el presupuesto de Ingresos y Gastos del FOSYGA del periodo 2006 a marzo de 2010:

**Cuadro No. 135**  
**Presupuesto de Ingresos y Gastos FOSYGA**  
**2006 – Marzo 2010**

Millones de pesos

Ingresos					
		Compensación	Solidaridad	Promoción	ECAT
2006	Aprop. Def.	7.627.559	1.584.800	310.028	178.562
	Recau. Efec.	7.778.375	1.481.305	295.552	440.124
	% Ejec.	101,98%	93,47%	95,33%	246,48%
2007	Aprop. Def.	8.798.858	1.822.846	335.928	185.993
	Recau. Efec.	8.625.041	2.063.078	375.720	588.591
	% Ejec.	98,02%	113,18%	111,85%	316,46%
2008	Aprop. Def.	10.943.997	2.570.230	397.740	156.500
	Recau. Efec.	10.136.429	2.269.980	389.477	745.694
	% Ejec.	92,62%	88,32%	97,92%	476,48%
2009	Aprop. Def.	12.627.367	3.014.474	746.027	584.151
	Recau. Efec.	11.653.436	3.455.381	655.183	1.202.659
	% Ejec.	92,29%	114,63%	87,82%	205,88%
Ene. - Mar. 2010	Aprop. Def.	11.352.928	3.465.616	987.542	1.226.150
	Recau. Efec.	3.226.497	1.818.504	735.336	1.154.548
	% Ejec.	28,42%	52,47%	74,46%	94,16%
Gastos					
		Compensación	Solidaridad	Promoción	ECAT
2006	Aprop. Def.	7.627.559	1.584.800	310.028	178.562
	Ejec. Comp.	6.971.753	1.564.995	256.710	76.256
	% Ejec.	91,40%	98,75%	82,80%	42,71%
2007	Aprop. Def.	8.798.858	1.822.846	335.928	185.993
	Ejec. Comp.	8.531.881	1.754.673	290.618	87.050
	% Ejec.	96,97%	96,26%	86,51%	46,80%
2008	Aprop. Def.	10.943.997	2.570.230	397.740	156.500
	Ejec. Comp.	9.231.273	2.510.170	304.520	153.368
	% Ejec.	84,35%	97,66%	76,56%	98,00%
2009	Aprop. Def.	12.627.367	3.014.474	746.027	584.151
	Ejec. Comp.	11.460.054	2.940.024	634.772	549.349
	% Ejec.	90,76%	97,53%	85,09%	94,04%
Ene. - Mar. 2010	Aprop. Def.	11.352.928	3.465.616	987.542	1.226.150
	Ejec. Comp.	3.377.039	1.550.959	179.204	971.655
	% Ejec.	29,75%	44,75%	18,15%	79,24%

Fuente: Administrador Fiduciario del FOSYGA

Durante el período 2006 a marzo de 2010 el portafolio del FOSYGA registró una dinámica de crecimiento anual según se muestra a continuación:

**Cuadro No. 136**  
**Valor Presente Neto Recursos Consolidados del Fosyga**  
**2006 – 2010**  
(Millones de Pesos)

	<b>Dic. 2006</b>	<b>Dic. 2007</b>	<b>Dic. 2008</b>	<b>Dic. 2009</b>	<b>Mar. 2010</b>
<b>Recursos FOSYGA</b>	<b>4.453.797,2</b>	<b>5.258.150,3</b>	<b>5.928.717,2</b>	<b>5.921.099,7</b>	<b>5.070.815,4</b>
<b>Compensación</b>	1.666.231,6	1.664.477,2	1.870.354,0	1.241.249,7	828.088,0
<b>Promoción</b>	111.173,8	137.525,7	230.329,5	179.568,3	690.456,8
<b>Solidaridad</b>	1.666.131,1	1.995.416,9	1.753.835,2	2.063.628,0	1.965.988,8
<b>ECAT</b>	1.010.260,7	1.460.730,5	2.074.198,5	2.436.653,7	1.586.281,8

*Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005 – Dirección de Portafolio – Informe Mensual de Gestión de Portafolio (Dic/2006 – Mar/2010).*

Como puede observarse, el total de recursos del FOSYGA administrados en dicho periodo pasó de \$4.453.797,2 millones en 2006, a \$5.921.099,7 millones al cierre de 2009. Sin embargo a marzo de 2010 los recursos del portafolio ascienden a \$5.070.815,4 millones.

Los recursos consolidados del portafolio del FOSYGA registraron comportamiento creciente en el periodo de análisis hasta diciembre de 2009. A marzo de 2010 los recursos registraron disminución de \$850.284,3 millones, 14,36% con respecto a diciembre de 2009; la disminución se presentó por cambios en los saldos de recursos de la Subcuenta ECAT, que disminuyeron en \$850.371,9 millones, \$413.161,7 millones en la Subcuenta de Compensación y \$97.639,2 millones en la Subcuenta de Solidaridad.

La evolución reportó cambios en la participación de las Subcuentas en el periodo; la Subcuenta de Compensación que representaba el 37% del total de los recursos del portafolio del FOYSGA en 2006, a partir de 2007, cede participación hasta ubicarse en el 21% a diciembre de 2009. En marzo de 2010 la participación de la Subcuenta fue de 16%, respecto al total de los recursos del FOSYGA.

El comportamiento de la Subcuenta de Compensación refleja que aún cuando los recursos fueron crecientes en valores absolutos entre 2006 y 2008, principalmente por la recuperación de la economía que genera mayores ingresos para la Subcuenta y los cambios adoptados en el proceso de compensación a partir del 2005 (Decreto 2280 de 2004), a partir de la vigencia 2007 se evidencia una caída en la participación del portafolio de la Subcuenta de Compensación en el total del FOSYGA. La reducción en la participación se explica entre otras razones, por la destinación de recursos de excedentes de la Subcuenta para cubrir el costo de los recobros por medicamentos no incluidos en el POS y fallos de tutela.

El portafolio de la Subcuenta de Solidaridad registró participaciones de 37% y 38% de los recursos en los años 2006 y 2007; decrece la participación en 2008, cuando reduce al 30%. Esta situación se explica básicamente por la decisión del Gobierno de presupuestar el total de los recursos que se estima recaudar en la vigencia y por la decisión de invertir la totalidad de los excedentes financieros de vigencias anteriores en ampliación de cobertura.

La Subcuenta ECAT registró crecimiento constante en cada año del periodo estudiado, lo cual se refleja en el comportamiento de la participación en el total de recursos al pasar de 23% en 2006 al 41% en 2009, crecimiento que se explica tanto por las variaciones en el valor de las primas de aseguramiento SOAT como por el incremento del número de automotores asegurados. No obstante, como ya se anotó, al corte marzo de 2010 disminuyó en \$850.371,9 millones, registrando una participación del 31% como consecuencia a la destinación de los recursos de excedentes para el financiamiento de otros proyectos del sector.

En relación con el comportamiento de los excedentes financieros, a continuación se presentan los valores consolidados y por Subcuenta del FOSYGA, correspondientes al período 2006 a 2009:

**Cuadro No. 137**  
**Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga**  
**Excedentes Financieros**  
**2006 – 2009**

Millones de Pesos

Vigencia	SUBCUENTA								Total
	Compensación	%Part.	Solidaridad	%Part.	Promoción	%Part.	ECAT	%Part.	
2006	1.559.794	41	1.242.584	33	33.799	1	967.335	25	3.803.512
Variación %	13		-4		50		63		16
2007	930.585	24	1.370.774	36	99.821	3	1.454.636	37	3.855.816
Variación %	-40		10		195		50		1
2008	1.212.366	27	1.035.848	23	181.694	4	2.059.656	46	4.489.564
Variación %	30		-24		82		42		16
2009	392.272	9	1.348.114	32	111.346	3	2.375.132	56	4.226.864
Variación %	-68		30		-39		15		-6

**Fuente:** *Consortio fiduciario FIDUFOSYGA 2005*

Los excedentes financieros consolidados del FOSYGA registraron durante el periodo 2007-2008 crecimientos positivos, como consecuencia del mejor desempeño de la economía y de medidas de tipo administrativo que mejoraron la gestión de algunos procesos del Fondo, situación que cambió de tendencia al cierre de la vigencia 2009, cuando registraron una disminución del 6%. Esta disminución obedeció a la necesidad de aplicar o incorporar al presupuesto del Fondo excedentes financieros destinados principalmente a financiar los Recobros por Medicamentos No POS y Fallos de Tutela radicados por las EPS, así como para cumplir con el financiamiento de las metas de ampliación de cobertura al Régimen Subsidiado de Salud que requirieron del compromiso de los excedentes financieros acumulados en vigencias anteriores.

Al efectuar un análisis por Subcuenta se evidencia que la Subcuenta de Compensación registró en las vigencias fiscales 2007 y 2009 porcentajes decrecientes de participación (24% y 9%) y de variación (de -40% y -68%), cuando se aplicaron excedentes para financiar el creciente costo de los Recobros por Medicamentos No POS y Fallos de Tutela radicados por las EPS ante el FOSYGA.

La Subcuenta de Solidaridad registró durante las vigencias 2006 y 2007 porcentajes de participación (entre 33% y 36%) y de variación del 10%, situación que varió partir de la vigencia 2008, al registrar porcentajes menores de participación (entre 23% y 32%) y de variación (entre 30% y -24%), debido a la aplicación de excedentes para financiar la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado de Salud en cumplimiento del fallo del Consejo de Estado AP-01252 de 2007.

La Subcuenta de Promoción registró durante el período evaluado porcentajes de participación entre 1% y 4% y de variación entre 195% en 2007 y -39% en 2009, dadas las decisiones adoptadas por el CNSSS o la CRES de disminución en algunas vigencias del porcentaje de la cotización al régimen contributivo que financia la Subcuenta. Finalmente, la Subcuenta ECAT registró

durante el período evaluado porcentajes de participación entre 25% en 2006 y 56% en 2009 y de variación de 50% en 2007 y 15% en 2009, debido al incremento de las primas al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT y al aumento del número de vehículos y motos asegurados anualmente.

### Fondo de Solidaridad Pensional

El Fondo de Solidaridad Pensional es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de la Protección Social, destinada a subsidiar las cotizaciones para pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso a los Sistemas de Seguridad Social. Igualmente sus recursos se encuentran destinados al otorgamiento de subsidios económicos para la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema.

Los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad Pensional se administran en dos subcuentas: la de solidaridad y la de subsistencia.

La Subcuenta de Solidaridad subsidia temporalmente los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, mujer microempresaria, madres comunitarias, discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción.

El Plan de Desarrollo 2006 – 2010, en su capítulo tercero hace referencia al aumento de la cobertura en afiliación a pensiones del 25% actual 38% en 2010 y de manera específica en cuanto a la subcuenta de solidaridad señala que “Para aumentar la cobertura para los grupos más vulnerables, se adecuará la reglamentación y el funcionamiento de la Cuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional (FSP)”; aspecto que inicialmente fue abordado en el CONPES 105 de 2007 al ajustar los requisitos de acceso al subsidio reduciendo de 650 a 500 semanas de cotización previas al otorgamiento del subsidio y el máximo de tiempo a subsidiar en 750 semanas.

Posteriormente al documento CONPES 105, se expidió la Ley 1187 de 2008 que modificó los requisitos de acceso de las madres comunitarias permitiendo el mayor acceso de este grupo poblacional sin el requisito de semanas de cotización previas para hacer la afiliación al Programa Subsidiado de Aporte a la Pensión de la subcuenta y sin requisito de edad, lo que generó un aumento de las afiliaciones. Así mismo la Ley 1151 de 2007 indicó la vinculación de personas con discapacidad a cualquier edad.

De otra parte, considerando la baja cobertura en los grupos poblacionales de trabajadores urbanos y rurales por su limitación en los requisitos de edad y de semanas de cotización para vincularse al programa, a través del CONPES 3605 de 2009 y Decreto 4944 del mismo año se flexibilizaron dichos requisitos, permitiendo el ingreso a personas menores de 55 años y disminuyendo el número de semanas previas a 250; así mismo, se incluyeron a los concejales de los municipios de categoría 4, 5 y 6.

Los requisitos actuales se observan en el siguiente resumen:

**Cuadro No. 138**  
**Relación Requisitos de Acceso a Planes de Beneficios**  
**2006 - 2010**

Grupo Poblacional	Condiciones		Beneficios	
	Edad	Semanas Previas	Tiempo del Subsidio (Semanas)	Porcentaje del Subsidio
Trabajadores Independientes del Sector Rural y Urbano	RPMPD >35 años y < 55 años	250	650	75%
	RAIS > 35 años y < 58 años			
	RPMPD > 55 años	500	500	75%
	RAIS > 58 años			
Concejales	RPMPD >35 años y < 55 años	250	650	75%
	RAIS > 35 años y < 58 años			
	RPMPD > 55 años	500	500	75%
	RAIS > 58 años			
Trabajadores Discapacitados	SIN	500	750	95%
Madres Comunitarias	SIN	SIN	750	80%
Desocupados	RPMPD > 55 años	500	650	70%
	RAIS > 58 años			

Fuente: MPS. Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

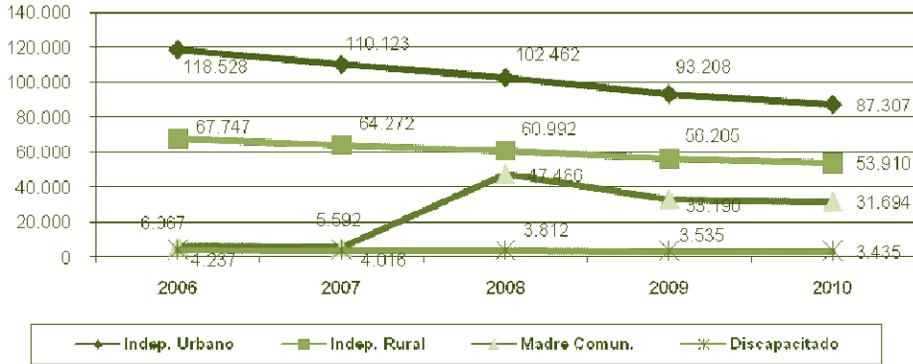
El comportamiento de afiliaciones a la Subcuenta de Solidaridad para el cuatrienio 2006 - 2009 y primer trimestre de 2010, se discriminan de la siguiente manera:

**Cuadro No. 139**  
**Afiliación Subcuenta de Solidaridad**  
**2006 - 2010**

Fondo de Solidaridad Pensional - Subcuenta de Solidaridad 2002 - 2009					
Año	Número de Beneficiarios por Grupo Poblacional				
	Independiente Urbano	Independiente Rural	Madre Comunitaria	Discapacitado	TOTAL
2.006	118.528	67.747	6.067	4.237	196.579
2.007	110.123	64.272	5.592	4.016	184.003
2.008	102.462	60.992	47.486	3.812	214.752
2.009	93.208	56.205	33.190	3.535	186.138
2010 (*)	87.307	53.910	31.694	3.435	176.346

Fuente: Informes Ley General de Presupuesto Informes de Gestión Consorcio prosperar Cortes: 31 de diciembre de cada vigencia, (\*) Corte Marzo de 2010

**Gráfico No. 44**  
**Afiliación Subcuenta de Solidaridad**  
**2006 – 2010**



*Fuente: Informes Ley General de Presupuesto Informes de Gestión Consorcio Prosperar. Cortes: 31 de diciembre de cada vigencia, (\*) Corte Marzo de 2010*

Se espera que con la flexibilización de requisitos se amplie la cobertura de este programa.

Para la vigencia 2006 la apropiación definitiva del Fondo de Solidaridad Pensional ascendió a \$284.542 millones presentándose para la vigencia 2007 un incremento en la apropiación definitiva del 91,4%, como consecuencia de la implementación del Programa Juan Luis Londoño de la Cuesta; del 2008 al 2010 los incrementos en la apropiación definitiva correspondieron al 18,8, 9,4 y 3,8% respectivamente.

Para la vigencia fiscal de 2010, la asignación de recursos es de \$734.665 millones, con un recaudo al mes de marzo de \$319.473 millones, dentro de los cuales se incorporan excedentes del Fondo de Subsistencia por valor de \$194.744 millones; el detalle de la ejecución presupuestal se observa a continuación:

**Cuadro No. 140**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos**  
**Fondo de Solidaridad Pensional**  
**Vigencias 2006 – 2010**  
(Millones de Pesos)

		Subcuenta Solidaridad			Subcuenta Subsistencia	Total
		Implem. FSP	Aportes FSP Serv. Dom.	Subtotal		
<b>2006</b>	Aprop. Def.	134.000	16.542	<b>150.542</b>	134.000	<b>284.542</b>
	Recaudo	266.579	16.542	<b>283.121</b>	195.109	<b>478.230</b>
	Ejecución	133.559	15.706	<b>149.265</b>	133.968	<b>283.233</b>
<b>2007</b>	Aprop. Def.	140.000	16.773	<b>156.773</b>	387.938	<b>544.711</b>
	Recaudo	314.635	16.733	<b>331.368</b>	418.518	<b>749.886</b>
	Ejecución	125.716	16.734	<b>142.450</b>	387.938	<b>530.388</b>
<b>2008</b>	Aprop. Def.	118.259	2.741	<b>121.000</b>	526.015	<b>647.015</b>
	Recaudo	324.840	2.741	<b>327.581</b>	528.512	<b>856.093</b>
	Ejecución	118.168	2.741	<b>120.909</b>	525.855	<b>646.764</b>
<b>2009</b>	Aprop. Def.	148.000	2.700	<b>150.700</b>	557.129	<b>707.829</b>
	Recaudo	365.685	2.700	<b>368.385</b>	574.653	<b>943.038</b>
	Ejecución	147.950	2.659	<b>150.609</b>	556.948	<b>707.557</b>
<b>Ene. - Mar. 2010</b>	Aprop. Def.	154.920	-	<b>154.920</b>	579.745	<b>734.665</b>
	Recaudo	65.037	-	<b>65.037</b>	254.436	<b>319.473</b>
	Ejecución	10.165	-	<b>10.165</b>	43.295	<b>53.460</b>

Fuente: Presupuesto General de la Nación y Consorcio Prosperar Hoy – Cálculos Dirección General de Financiamiento

El total del Portafolio de Inversiones del Fondo de Solidaridad Pensional a 31 de marzo de 2010 asciende a \$2.472.550 millones discriminado así: Subcuenta de Solidaridad \$2.086.037 millones con una participación del 84,4% y Subcuenta de Subsistencia \$386.513 millones con una participación del 15,6%, como se observa a continuación:

**Cuadro No. 141**  
**Portafolio de Inversiones Fondo de Solidaridad Pensional**  
**(Incluye Depósitos en Bancos)**  
Valores en Millones de Pesos

Portafolio FSP	2006	2007	2008	2009	2010
Subcuenta Subsistencia	279.918	336.295	335.930	387.699	386.513
Subcuenta Solidaridad	1.617.500	1.732.362	1.994.365	2.072.768	2.086.037
<b>Total</b>	<b>1.897.418</b>	<b>2.068.657</b>	<b>2.330.295</b>	<b>2.460.467</b>	<b>2.472.550</b>

Fuente: Consorcio Prosperar

En el período 2006-2010, el 68,6% de las inversiones de la Subcuenta de Solidaridad se concentran en papeles emitidos por la Nación, mientras que para la Subcuenta de Subsistencia este indicador es del 42,1%, lo cual responde al requerimiento de mayor liquidez dadas las características de los programas que atiende.

**Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional**

En el cuatrienio, estuvo vigente el contrato de encargo fiduciario No. 067 de 2004 con el Consorcio FOPEP hasta el 30 de noviembre de 2007; con posterioridad el Ministerio de la Protección Social, previo proceso de Licitación Pública suscribió el contrato de encargo fiduciario No.

350 de 2007 con el Consorcio FOPEP 2007, con duración de diciembre 1 de 2007 a julio 31 de 2010, encontrándose actualmente vigente y en proceso de ser prorrogado.

En el siguiente Cuadro se podrá observar que año a año la apropiación asignada al Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, presenta una ejecución muy cercana al total de recursos asignados en el presupuesto, siendo Cajanal la de mayor ejecución, seguida de Foncolpuertos y Caja Agraria.

**Cuadro No. 142**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos**  
**2006 – 2010**  
(Millones de Pesos)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010
	Apropiación Definitiva				
Cajanal	3.965.735	4.341.763	5.018.636	5.565.059	5.916.500
Foncolpuertos	541.857	582.731	577.205	623.645	612.944
Caja Agraria	185.616	199.074	182.743	209.897	203.862
C.V.C.	17.511	18.482	19.493	20.855	21.793
Carbocol	2.621	2.742	2.283	2.555	3.203
Superintendencia de Sociedades	8.156	8.522	8.905	9.619	10.458
Superintendencia de Valores	148	154	160	173	182
Superintendencia de Industria y Comercio	232	243	247	263	277
Fonprenor	7.008	7.323	4.865	6.973	8.355
Caminos vecinales	18	70	66	80	85
Minercol		2.556	3.737	3.841	3.622
Incora			41.239	43.713	43.162
Total	4.728.902	5.163.660	5.859.579	6.486.673	6.824.443

Fuente: Consorcio FOPEP y Reporte Ejecución SIIF

**Cuadro No. 143**  
**Ejecución Presupuestal de Gastos**  
**2006 – 2010**  
(Millones de Pesos)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010
	Ejecución	Ejecución	Ejecución	Ejecución	Ejecución En-Mar 2010
Cajanal	3.965.702	4.004.586	5.018.636	5.565.059	736.862
Foncolpuertos	541.825	582.728	577.205	623.645	132.250
Caja Agraria	185.607	199.074	182.743	209.897	43.942
C.V.C.	17.505	18.482	19.493	20.855	4.305
Carbocol	2.621	2.742	2.283	2.555	604
Superintendencia de Sociedades	7.690	8.522	8.905	8.210	1.910
Superintendencia de Valores	148	154	160	173	34

Superintendencia de Industria y Comercio	232	243	247	253	51
Fonprenor	-	7.323	26	-	16
Caminos vecinales	15	70	66	80	16
Minercol		2.556	3.737	2.952	700
Incora			41.239	43.713	9.238
Total	4.721.345	4.826.480	5.854.740	6.477.392	929.928

Fuente: Consorcio FOPEP y Reporte Ejecución SIIF

A continuación se muestra la distribución de la nómina de pensionados, con indicación del número de mesadas liquidadas por fondo y el valor individual y total al que ascendió el pago de la nómina de pensionados con corte de cada vigencia fiscal 2006 a 2009 y marzo de 2010. El número de pensiones liquidadas y el valor pagado de las mismas ha sido creciente año a año, siendo Cajanal la que presenta mayor número de mesadas liquidadas y pagadas, seguida de Foncolpuertos y Caja Agraria.

#### Cuadro No. 144 Distribución por Número de Pensionados Años 2006 – 2010

Fondo	Diciembre de 2006	Diciembre de 2007	Diciembre de 2008	Diciembre de 2009	Marzo de 2010
Cajanal	211.170	219.376	227.526	236.374	229.444
C.V.C	774	765	759	749	738
Superintendencia financiera	6	6	5	7	6
Superintendencia de sociedades	263	261	264	264	263
Superintendencia de Ind. Comercio	7	6	6	6	5
Foncolpuertos	14.999	14.907	14.657	14.737	14.215
Caja Agraria	9.331	9.443	9.465	9.717	9.540
Carbocol	34	36	37	44	41
Incora en Liquidación			2.126	2.165	2.112
Minercol		91	91	95	91
Caminos Vecinales	9	10	10	10	10
Total	236.593	244.901	254.946	264.168	256.465

Fuente: Consorcio FOPEP

#### Cuadro No. 145 Distribución Nómina de Pensionados Años 2006 – 2010

(Millones de Pesos)

Fondo	Diciembre de 2006	Diciembre de 2007	Diciembre de 2008	Diciembre de 2009	Marzo de 2010
Cajanal	276.871	360.428	364.838	356.906	348.413
C.V.C	1.311	1.680	1.314	1.394	1.419

Superintendencia financiera	9	10	8	11	11
Superintendencia de sociedades	479	540	549	583	600
Superintendencia de Ind. Comercio	14	15	15	17	17
Foncolpuertos	36.011	36.943	36.435	38.495	39.909
Caja Agraria	12.428	12.380	12.556	14.015	13.469
Carbocol	154	156	305	197	201
Incora en Liquidación			2.797	2.977	3.000
Minercol		241	237	227	232
Caminos Vecinales	4	5	5	5	5
Total	327.281	412.398	419.059	414.827	407.276

Fuente: Consorcio FOPEP

### Fondo de Riesgos profesionales

Durante el período 2006-2010, el Fondo de Riesgos Profesionales ha estado administrado por Fiduciaria la Previsora S. A. Los ingresos del Fondo que tuvieron un incremento conforme a los aumentos salariales señalados por la ley, permitiendo mantener una constante sostenibilidad financiera, provienen de las fuentes relacionadas en los Decretos Ley Nos. 1295 y 1833 de 1994 y se generan especialmente por el 1% del recaudo por cotizaciones a cargo de los empleadores y por multas; el Fondo recaudó en el 2009 \$7.143 millones, como ingreso adicional por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales, correspondiente al monto de la cotización sanción contabilizada a partir de 1994 y hasta marzo de 2004.

Los recursos del Fondo fueron destinados a cumplir con las acciones enmarcadas en los planes y políticas, dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional de la población colombiana, en el marco de lo establecido en la Ley 776 de 2002, mediante el desarrollo de estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en todo el territorio nacional, en especial lo relacionado en el Artículo 88 del Decreto 1295 de 1994 y la población vulnerable del territorio nacional.

Los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales durante el período 2006-2010 fueron ejecutados como se observa a continuación:

#### Cuadro No. 146 Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos Fondo de Riesgos Profesionales Vigencias 2006 – 2010

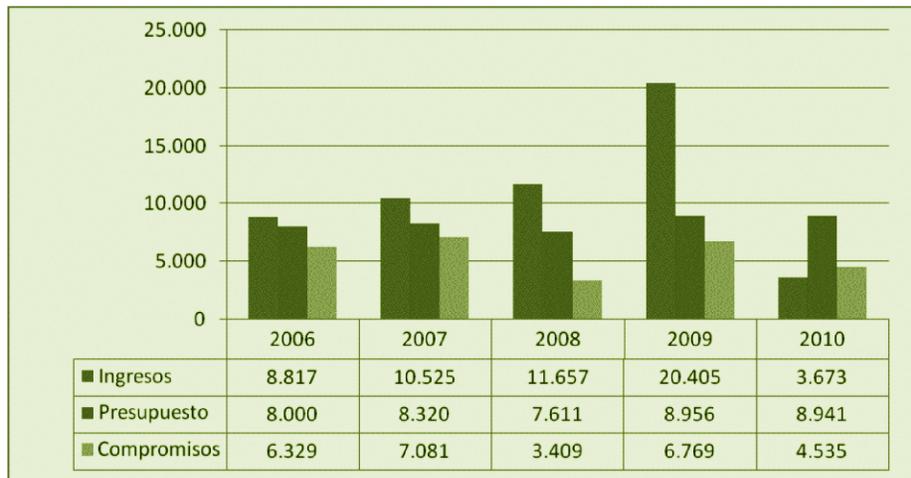
(Millones de Pesos)

Concepto	2006	2007	2008	2009	A marzo de 2010
Ingresos por concepto del (1%) del recaudo por cotizaciones las ARP's	8.365	9.971	11.151	12.396	3.313
Ingresos por concepto de multas	452	554	506	866	360
Otros Decreto 3269 2009				7.143	

TOTAL INGRESOS	8.817	10.525	11.657	20.405	3.673
Apropiación Definitiva en Ley de Presupuesto	8.000	8.320	7.611	8.956	8.941
Compromisos	6.329	7.081	3.409	6.769	4.535
Ejecución Presupuestal	79,11%	85,11%	44,79%	75,58%	50,72%

Fuente: Informes de Gestión Fondo de Riesgos Profesionales- Fiduciaria la Previsora S. A. - SIIF

**Gráfico No. 45**  
**Ejecución Presupuestal Ingresos y Gastos**  
**Vigencia 2006 - Marzo 2010**

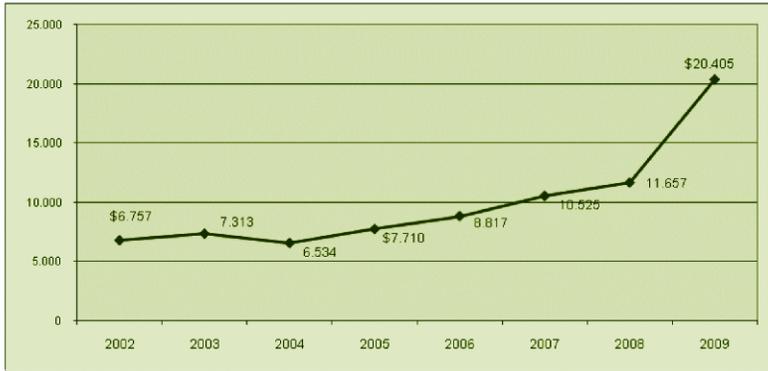


Fuente: Informes de Gestión Fondo de Riesgos Profesionales- Fiduciaria la Previsora S. A. - SIIF

Las acciones se enmarcaron en planes y políticas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional de la población colombiana, en el marco de lo establecido en la Ley 776 de 2002. Los ingresos del Fondo, correspondiente al 1% de las cotizaciones hechas en el SGRP.

Los Ingresos del Fondo de Riesgos Profesionales pasaron de \$8.817 millones de pesos en el año 2006 a \$20.405 millones de pesos a diciembre de 2010, el saldo neto disponible a marzo de 2010 es de \$72.024 millones de pesos.

**Gráfica No. 46**  
**Fondo de Riesgos Profesionales - Ingresos**  
**2006 – 2009**  
(Millones de pesos)



*Fuente: Dirección General de Riesgos – Informe Fiduciaria*

Las actividades que se realizaron a través del Fondo impactan transversalmente a todos los indicadores del SGRP y están dirigidas a la promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades de origen profesional de la población trabajadora.

### Multas

Las multas relacionadas en la siguiente tabla, corresponden a las impuestas por el Ministerio de la Protección Social y que forman parte de los ingresos del Fondo de Riesgos Profesionales. Las causales de sanciones de las multas impartidas son principalmente: Accidente Mortal, Incumplimientos de Normas en Salud Ocupacional y Violación normas del Sistema General de Riesgos Profesionales. En la vigencia 2009 con corte a diciembre 30 se recaudó la suma de \$865,8 millones.

**Cuadro No. 147**  
**Multas en el Sistema General de Riesgos Profesionales**

Año	Valor Sanción Cifras en millones
2005	416,5
2006	462,1
2007	553,9
2008	506,4
2009	865,8

*Fuente: Fondo de Riesgos Profesionales – Ejecución Presupuestal Fiduprevisor.*

## 6.2 Recobros y fallos de tutela

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993, en su concepción inicial y en su análisis financiero no incluía la prestación de servicios de salud (actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos) diferentes a los contenidos en el Plan Obligatorio de Salud POS. Sin embargo, durante el proceso de consolidación, a partir de

decisiones judiciales en sede de tutela (particularmente la sentencia SU-480 de 1997<sup>36</sup>), surgió la cobertura denominada de manera genérica “No POS”, convirtiéndose en una de las principales amenazas a la sostenibilidad financiera del sistema.

Esta cobertura se otorga a través de los Comités Técnicos Científicos creados y conformados según lo dispuesto en el Artículo 188 de la Ley 100 de 1993, modificado por el Artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, inicialmente para el otorgamiento de medicamentos y con posterioridad, en virtud de lo ordenado mediante Sentencia C-463 de 2008 para los demás servicios médicos, y a través de los fallos de tutela para el cubrimiento de actividades, intervenciones, procedimientos, insumos no previstos en los planes de beneficios.

Así, a partir de 1997 el FOSYGA comenzó a recibir recobros por medicamentos No POS y por fallos de Tutela, los cuales eran revisados por funcionarios del entonces Ministerio de Salud. En los años siguientes, el volumen de reclamaciones creció significativamente, lo que obligó a que año tras año el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS destinara mayores recursos para asumir los pagos por estas reclamaciones y a que el Ministerio generara distintas estrategias para su radicación, revisión y auditoría.

Lo ordenado en el Artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002 generó un incremento sustancial de la radicación de reclamaciones por fallos de tutela y por medicamentos No POS, las cuales se encontraban represadas en las entidades de aseguramiento sin haber sido presentadas al FOSYGA con anterioridad a la vigencia de la norma mencionada y, como resultado de lo anterior, se radicaron volúmenes importantes de recobros que fueron atendidos por personal de planta de la entonces Dirección de Aseguramiento del Ministerio de la Protección Social, desbordando toda la capacidad administrativa de la entidad. Esta circunstancia dio lugar a la contratación de las actividades de revisión, análisis y auditoría de los recobros presentados.

Actualmente la radicación, revisión y auditoría la realiza el encargo fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, en el marco del contrato de administración de los recursos del mencionado Fondo.

Desde el 2006 hasta la fecha, se han radicado ante el FOSYGA las siguientes solicitudes de recobro por Comités Técnicos Científicos y por fallos de Tutela:

**Cuadro No. 148**  
**Relación Recobros por Año**  
**2006 – 2010**  
(Millones de Pesos)

Año	Cantidad	Vlr Presentado	Vlr Pagado-ejecutado
2006	555.055	570.000	314.195
2007	835.541	1.018.762	582.495
2008	1.657.461	1.759.402	1.249.752
2009	2.648.273	2.518.448	1.925.356
2010	1.157.856	926.686	933.277

*Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005*

36 Corte Constitucional, sent. C-SU-480 de 25 de septiembre de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

Lo anterior refleja el incremento en los cobros por Fallos de Tutela y por Comité Técnico Científico – CTC ante el FOSYGA.

Como se observa en la gráfica, para la vigencia 2008 respecto de la vigencia 2007, se evidencia un incremento en la ejecución del gasto corriente por los servicios excluidos del POS en un 71.03%, lo cual se debe al cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional a través de las sentencias C-463 y T-760 de 2008.

**Gráfico No. 47**  
**Comportamiento de la Ejecución**



Fuente: Base de datos de cobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005

Durante las vigencias 2006-2010 (con corte a marzo 31) el rubro de Otros Eventos y Fallos de Tutela de las Subcuentas de Compensación y de Solidaridad del FOSYGA, registra el siguiente comportamiento:

**Cuadro No. 149**  
**Ejecución Presupuestal por Subcuenta**  
**2006 – 2010**  
(Millones de Pesos)

Vigencia	Compensación			Solidaridad			Acumulado		
	Apropiación	Ejecución	%	Apropiación	Ejecución	%	Total Apropiación	Total Ejecución	%
2006	299.173	299.173	100.00	18.000	15.022	83.46	317.173	314.195	99.06
2007	550.000	550.000	100.00	32.500	32.495	99.98	582.500	582.495	100.00
2008	1.139.296	1.139.296	100.00	113.437	110.456	97.37	1.252.733	1.249.752	99.76
2009	1.855.678	1.818.791	98.01	118.604	106.565	89.85	1.974.282	1.925.356	97.52
2010	985.136	914.519	92.83	97.453	18.758	19.25	1.082.589	933.277	86.21

Fuente: Administrador Fiduciario del FOSYGA

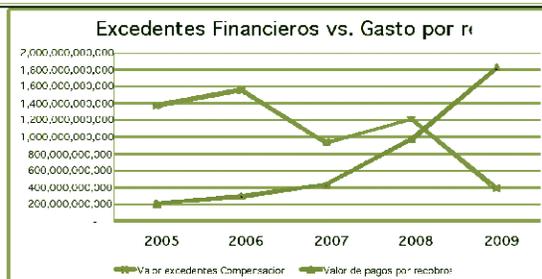
En la vigencia 2008 se destinaron recursos por \$1.2 billones para financiar este componente y para el 2009 se apropiaron \$900 mil millones. La tendencia creciente en este gasto, permite concluir que si bien el proceso neto de compensación tiene una tendencia superavitaria, se estima que la Subcuenta presentará problemas en su sostenibilidad financiera a partir de la vigencia 2010, por cuanto deben destinarse cuantías importantes de recursos de excedentes financieros para ese gasto.

El siguiente es el comportamiento de los excedentes de la Subcuenta de Compensación en comparación con el gasto por cobros de CTC y fallos de tutela.

### Cuadro No. 150 Ejecución Presupuestal por Subcuenta 2005 – 2009

(Millones de Pesos)

Concepto (en Millones \$)	2005	2006	2007	2008	2009
Valor excedentes Compensación	1.374.745	1.559.794	930.585	1.212.366	392.272
Valor de pagos por recobros	206.995	299.173	433.718	978.872	1.818.791



Fuente: Administrador Fiduciario del FOSYGA

El comportamiento de este gasto supera en más de 1.3 billones el valor resultado de excedentes de la Subcuenta de Compensación, lo que da cuenta de la situación crítica que afronta el componente de financiación del proceso de compensación y la sostenibilidad de la Subcuenta y del SGSSS, al requerir recursos que suplan la falta de una fuente de financiación específica para la atención de los recobros.

Con relación al portafolio de la Subcuenta, a marzo de 2010 el saldo asciende a \$828.088 millones y está compuesto en un 64,78% en Títulos TES. Estos recursos respaldan los pagos que se efectuarán durante la presente vigencia, además del pasivo a cargo del FOSYGA que se origina en las cotizaciones (en el porcentaje correspondiente a la Subcuenta) giradas por las EPS como saldos no compensados y registros glosados.

### 6.3 Cálculo de UPCc y UPCs

El cálculo de las Unidades de Pago por Capitación, asignada a los regímenes contributivo y subsidiado, UPCc y UPCs respectivamente, ha sido objeto de importantes desarrollos metodológicos. Desde 2004 se inició el estudio anual de suficiencia UPC para lo cual se generó una solicitud de información homogénea a diferentes EPS. Los periodos analizados corresponden al año inmediatamente anterior así:

### Cuadro No. 51 Estudios sobre suficiencias de la UPC

Año de Estudio UPC	Periodo analizado
2006	2005
2007	2006
2008	2007
2009	2008
2010	2009 (primer semestre)

Fuente: MPS. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud

Con respecto a la medición de la suficiencia, se pasó del elemental análisis del gasto en salud e ingresos, basados en los estados financieros de las entidades aseguradoras, al estudio de la suficiencia en función de la frecuencia de uso de cada servicio, actividad, procedimiento e intervención y el gasto de cada uno los servicios de salud prestados a la población afiliada, por cada entidad aseguradora. La última incorporación metodológica es el cálculo actuarial que afina aún más la determinación de la magnitud de la Unidad. Lamentablemente, se ha tropezado consistentemente con problemas de calidad y cobertura de datos presentados por las fuentes primarias

### Cálculo de la Suficiencia

A partir de esta información se hace una revisión que tiene como objetivo calcular la suficiencia de la UPC y aquellas variables que se relacionan con el gasto como la morbilidad y el uso de los servicios entre otras.

La suficiencia se determina comparando la suma total del valor de los siniestros en salud, amparados en los planes de beneficios, ante las contingencias en salud mas los costos no asumidos por el FOSYGA por concepto de CTC y tutelas, con relación a la suma total de los ingresos recibidos por las mismas por concepto de primas UPC / UPC-S, copagos, cuotas moderadoras, recursos para promoción y prevención, recobro de pólizas de alto costo.

La evaluación de los mecanismos de ajuste de riesgo se realiza a través del análisis del peso que tienen las variables edad, sexo y zona geográfica en el costo en salud y se compara cómo se comporta el ponderador estimado con ese gasto en salud y el ponderador actual. Los ponderadores por grupo etario y zona estimados se obtienen a través de dos métodos basados en el gasto en salud per cápita.

## 6.4 Política de alto costo

Los artículos 19 y 25 de la Ley 1122 de 2007 facultan al Gobierno Nacional para reglamentar el aseguramiento del alto costo y establece que el Ministerio de la Protección Social debe definir medidas para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo. Con base en estas facultades, el Gobierno Nacional en cabeza del Presidente de la República, el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, expidió el Decreto 2699 de 2007, en el cual se crea un mecanismo para avanzar en el manejo del alto costo en el SGSSS, que responde a las necesidades identificadas en el análisis anterior.

Dentro el desarrollo de este instrumento se ha identificado que uno de los principales desafíos a superar, para poder dar cabal cumplimiento a los cuatro pilares de la política de alto costo en el sistema, es el de la construcción y sistematización de información de calidad que permita tomar decisiones informadas y diseñar instrumentos de política que permitan avanzar hacia los objetivos planteados. Con el fin de fortalecer la información del sistema frente a las enfermedades de alto costo, y en particular frente a la Enfermedad Renal Crónica como primera enfermedad incluida en la Cuenta de Alto Costo, se ha planteado un mecanismo para hacer un monitoreo constante, sobre información confiable y verídica, tanto de los pacientes que padecen enfermedades de alto costo, como de aquellos que se encuentran en riesgo de desarrollar dichas patologías.

En el caso particular de la Enfermedad Renal Crónica, dicho mecanismo se ha materializado mediante la expedición de la Resolución 4700 de 2008, “Por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo”.

Con la información reportada en virtud de la Resolución 4700 de 2008, será posible diseñar mecanismos que promuevan mejores prácticas y que recompensen los mejores resultados en materia de promoción y prevención de las enfermedades de alto costo, en este caso, de la Enfermedad Renal Crónica. En este punto, la base de datos de la CAC que está próxima a consolidarse definitivamente, por parte de las EPS y EOC, representa un salto cualitativo en este sentido ya que permite contar con un registro nacional, validado y auditado, de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Este registro corresponde a la mayoría de población en riesgo de desarrollar la enfermedad de alto costo que es la insuficiencia renal crónica en sus estadios más avanzados, el cual de acuerdo con la Resolución, será de actualización periódica, con validación y auditoría permanente, con el fin de poder monitorear permanentemente dicha información.

## 6.5 Otros ingresos generados para el sector de la salud

Mediante la Ley 643 de 2001, se creó la Empresa Territorial para la Salud –ETESA- como Empresa Industrial y Comercial del Estado del orden Nacional, con el objeto de explotar los juegos de suerte y azar y autorizar su realización.

Quedó establecido en la citada Ley, que los recursos provenientes de los derechos de explotación fijados para estas actividades, fueran recaudados por ETESA, y transferidos mensualmente a los Departamentos, Distritos y Municipios con destino a los Fondos Locales de Salud, Fondos de Pensiones de Entidades Territoriales –FONPET- y Colciencias.

El Gobierno Nacional, a través del Decreto 175 del 25 de enero de 2010, decidió liquidar esta Entidad.

Frente a la gestión institucional del Etesa, como generadora de recursos para el financiamiento del sector, la Alta Dirección sometió a consideración de la Junta Directiva un Plan Indicativo Cuatrienal 2007-2010 con metas en cuanto a generación de Ingresos, Recaudos y Transferencias, sobre las cuales se registraron los siguientes resultados en el periodo 2006-2009.

**Cuadro No. 152**  
**Ejecución de Metas**  
**2006 - 2009.**

Millones de pesos

	2.006	2.007	2.008	2.009
Generación de Ingresos	\$ 172.047	\$ 193.386	\$ 231.340	\$ 250.632
Recaudo	\$ 158.332	\$ 192.276	\$ 216.872	\$ 222.242
Transferencias	\$ 160.560	\$ 188.496	\$ 209.968	\$ 211.229

*Fuente: Etesa. Vicepresidencias*

La gestión financiera del periodo 2009, con respecto del 2006, registra un incremento del 45,7% (\$78.585 millones) en la Generación de Ingresos, de 40,2% (\$63.610 millones) en el Recaudo y de 31,6% (\$50.609 millones) en las Transferencias.

Llama la atención en relación con las Transferencias, el bajo crecimiento registrado en los dos últimos años de solo \$1.261 millones (0,6%), en tanto que los recaudos lo hicieron en \$5.370 millones (2,5%).

Sobre estas variaciones, las cifras disponibles en la Vicepresidencia Financiera de la Entidad, registraron una disminución de 37% en los rendimientos financieros, de 66% en los juegos Hípicos y Gallísticos, de 53% en la liquidación de aforo (sanciones) y de 88% en Ganagol, anotándose sobre este último juego que no cumplieron con los mínimos requeridos contractualmente.

En el contexto financiero de ETESA durante los dos últimos años, el mayor crecimiento de la generación de ingresos (\$19.292 millones) corresponde a los producidos históricos o causados, respecto de los recaudos (\$5.370 millones).

Los montos de las Transferencias en los años 2008 y 2009, fueron los siguientes:

**Cuadro No. 153**  
**Transferencia 31 de diciembre de 2009**  
**(Cifras en millones de pesos)**

TIPO DE JUEGO (M)	2.008	2.009	Crecimiento / decrecimiento
Rendimientos Financieros	714.6	453.3	-37%
Hípicos y Gallísticos	830.2	279.8	-66%
Liquidación de Aforo	437.5	249.7	-53%
Baloto	68.000.0	67.200.0	-1%
Juego Deportivo Ganagol	5.162.0	1.156.0	-88%

*Fuente: Etesa. Vicepresidencia Financiera*

### Actividades de Control.

Durante la vigencia 2006-2009, la Entidad generó estrategias de control a los recursos obtenidos por la explotación de los juegos de suerte y azar, a través de mecanismos como, la realización de contratos de concesión para los juegos administrados por la entidad, así como acciones de vigilancia de la operación ilegal.

En el cuadro siguiente, se puede observar la evolución de las actividades de control realizadas en el lapso 2008-2009 y el sellamiento o cancelación de la licencia de establecimientos y de instrumentos de juego

**Cuadro No. 154**  
**Actividades de control**

Años	Visitas de Control	Visitas con Sellamiento	% Efectividad	Máquinas Tragamonedas	Silla de Bingos	Mesas de Casino	Galleras Selladas
2006	3.717	1.498	60%	5.970	3.743	148	0
2007	3.991	1.934	52%	10.280	3.479	87	0
2008	4.904	2.157	56%	6.442	2.175	87	37
2009	1.350	618	54%	2.161	801	40	92
	13.962	6.207	56%	24.853	10.198	362	129

*Fuente: Etesa. Vicepresidencia Comercial*

*Nota: Funcionamiento juego deportivo Gallístico a partir 2008*

En el cuadro anterior se evidencia un porcentaje de efectividad promedio de 56% en el periodo 2006-2009, el cual hace referencia, a que se produjeron 6.207 sellamientos de establecimientos de juego, sobre un total de 13.962 visitas de control efectuadas.

El número de instrumentos de juegos de suerte y azar en operación legal, registró reducciones en algunos casos, lo que obedece a disminución de los contratos y aumentos en otros, que se relacionan con ampliaciones en los establecimientos legalizados de juegos de suerte y azar.

**Cuadro No. 155**  
**Instrumentos de Juegos de Suerte y Azar Operación Legal**  
**2006-2009**

Modalidad de Juegos Localizados	No. de Instrumentos DIC. 31 de	No. de Instrumentos DIC. 31 de	% de Variación	No. de Instrumentos Dic. 31 de	No. de Instrumentos Dic. 31 de	% de Variación
	2006	2007		2008	2009	
Maquinas	63.973	64.794	101%	71.637	67.331	94%
Sillas de Bingo	33.645	33.288	99%	33.398	33.808	101%
Juegos de Casino	391	412	105%	539	466	86%
Total instrumentos de juegos	98.009	98.494	100%	105.574	101.605	96%

Fuente: Etesa. Vicepresidencia Comercial

## 6.6 Evasión y elusión al Sistema de Seguridad Social Integral

En el presente cuatrienio 2006 – 2010 el Ministerio de la Protección Social, viene desarrollando una Política Integral para disminuir la evasión y elusión de aportes y el Sistema General de Riesgos Profesionales, alineado a esa política, ha desarrollado tres estrategias que son: Sistema Integrado de Información de la Protección Social, campañas de información y visitas a empresas.

La evasión al Sistema General de Riesgos Profesionales disminuyó al pasar de 30,03% en el período octubre – diciembre de 2006 a 16,07% en el período enero – marzo de 2010.

**Gráfica No. 48**  
**Evasión Población Dependiente**  
**2006 – 2010**



Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales - DANE

## 7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 7.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud

En desarrollo de la función constitucional del Estado de garantizar la prestación adecuada de la seguridad social en salud a la población colombiana, la Superintendencia Nacional de Salud, como órgano superior de Inspección, Vigilancia y Control en el sector salud, realiza actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de evaluar la calidad en la prestación de los servicios y la oportuna generación, flujo y utilización de los recursos que financian el sistema.

#### 7.1.1. Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud

Durante el periodo julio de 2006 a marzo de 2010, sobre el conjunto de entidades que operan los juegos de suerte y azar; producen licores, vinos, aperitivos y cervezas, a las Secretarías de Salud y de Hacienda Departamentales, se realizaron las siguientes acciones:

**Cuadro No. 156**  
**Acciones de IVC Generadores de Recursos**  
**2006 – 2010**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	98	111	163	244
Estudios de Mercados de apuestas permanentes evaluados	4	5	19	14
Estudios de Mercados de apuestas permanentes contratados	3	2	3	2
Interventoría a contratos de apuestas permanentes realizadas	3	11	2	2
Visitas inspectivas y auditorías realizadas	52	25	35	26
Planes de desempeño solicitados y evaluados	9	11	13	29
Requerimientos realizados a operadores de juegos UIAF		450	900	920
Estados Financieros analizados de entidades vigiladas	1.520	1.780	2.115	2.328
Sanciones Impuestas a entidades vigiladas	35	43	55	58

*Fuente: Tablero de Control Supersalud*

Como se evidencia en el cuadro anterior, las acciones que en mayor medida ocupan la utilización de los recursos de la Superintendencia se enfocan a garantizar que los recursos generados por los juegos de suerte y azar, correspondan a lo establecido en las normas y que sean transferidos en oportunidad y en la cuantía correspondiente, a los entes encargados de su utilización en el sistema.

Igualmente, es de resaltar que la Superintendencia ha intensificado su exigencia a las entidades vigiladas que operan los juegos de loterías, de apuestas permanentes y demás juegos de suerte y azar, para que cumplan sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como resultado de esta política se ha incrementado la apertura de los investigaciones administrativas, ascendiendo a 616 en el período de julio de 2006 a marzo de 2010 y de sanciones las cuales totalizaron 191 en el mismo período, en contra de las entidades operadoras de lotería y demás juegos de suerte y azar, productores y distribuidores de licores y cervezas, objeto de supervisión y control.

Teniendo en cuenta que las empresas de lotería fueron constituidas con la finalidad de explotar de manera eficiente el monopolio establecido constitucionalmente y, por ende, generar recursos para el sector salud, la Superintendencia continua realizando continuamente el seguimiento a la operación que realizan todas las loterías y a su situación financiera.

Adicionalmente, cada año en cumplimiento con lo establecido en el decreto 3535 de 2005, esta Entidad de control, contrató interventorías a los contratos del Juego de Apuesta permanentes, con el fin de analizar las condiciones de contratación, la adecuación de los contratos al régimen propio del monopolio, la forma como las entidades concedentes manejan los recursos generados por la explotación del juego, la eficiencia y eficacia en el giro de los mismos al sector salud, los costos de administración de dichos recursos; también se contrataron, Estudios de Mercado para proyectar el valor de ventas y transferencias que por concepto de derechos de explotación deberían realizar los concesionarios al sistema, ordenando cuando fue necesario, modificar los contratos, ajustando a las nuevas proyecciones.

De otra parte, la Superintendencia realizó evaluaciones de estudios de mercado para la operación del Juego de Apuestas Permanentes, presentadas por los departamentos a los que se terminó el contrato de concesión, como requisito para iniciar los nuevos procesos licitatorios y adjudicar los contratos de operación del Juego de Apuestas Permanentes, para lo siguientes 5 años.

Finalmente, es importante mencionar que sobre el conjunto de entidades que generan y transfieren recursos del IVA cedido de licores, vinos, aperitivos y cervezas, y a las Secretarías de Salud y de Hacienda Departamentales, se realizaron las acciones especialmente con visitas inspectivas para verificar la correcta liquidación y giro de los recursos cedidos a salud.

### **Administradores de Recursos de la Salud e IPS**

En el periodo julio de 2006 a marzo de 2010, se realizaron las siguientes acciones de inspección, vigilancia y control a las EAPB e IPS:

**Cuadro No. 157**  
**Acciones IVC sobre EAPB, IPS y Entidades Territoriales**  
**Julio 2006 – Marzo 2010**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	524	776	22	40
Conceptos de ampliación de cobertura expedidos	19	22	21	21
Evaluaciones financieras a EAPB	47	62	62	60
Evaluación financiera solicitudes funcionamiento de EAPB	4	5	3	11
Evaluación de Planes Adicionales de Salud	6	5	7	3
Visitas inspectivas y auditorías	47	146	31	641
Planes de mejoramiento solicitados y revisados	44	43	4	29
Derechos de petición atendidos	551	648	695	768
Reclamos atendidos	1.337	1.518	1.266	4.817
Requerimientos realizados a EAPB	31	43	45	62
Sanciones Impuestas	9	12	15	12

*Fuente: Tablero de Control Supersalud*

Como se observa en el cuadro anterior, la mayor parte de la labor de la Superintendencia se concretó en atender reclamaciones de la red prestadora de servicios de salud por falta de pago por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, lo cual dio como resultado la Apertura de autos de investigación a diferentes EAPB, y requerimientos con solicitudes de explicaciones, a las entidades involucradas.

Igualmente, se dedicó una parte importante de los recursos de la entidad en la verificación y análisis de estados financieros de las EAPB e IPS, a estudios relacionados con ampliaciones de cobertura de afiliación, reglamentos de emisión y colocación de acciones, autorización de planes adicionales de salud, autorizaciones de funcionamiento, reformas estatutarias y fusiones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Adicionalmente, se realizaron visitas de inspección a Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada, entidades aportantes al sistema, entidades territoriales, Fosyga e IPS públicas y privadas.

Mediante Resolución No. 281 de febrero 4 de 2010, se modificó la Resolución No. 724 del 10 de junio de 2008, contentiva del Plan Único de Cuentas para la Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y entidades que administran Planes Adicionales de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda.

### 7.1.2. Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios

En el periodo julio de 2006 a marzo de 2010, se realizaron las siguientes acciones con respecto a las entidades de aseguramiento:

**Cuadro No. 158**  
**Acciones a Entidades de Aseguramiento**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	187	235	292	1.176

Conceptos de ampliación de cobertura expedidos	11	8	26	56
Modelos del Sistema de Administración de riesgo evaluados			18	20
Verificación y evaluación condiciones habilitación a EAPB	33	42	60	43
Evaluación de Planes Adicionales de Salud	6	5	52	77
Certificados de funcionamiento de EPS emitidos	1	3	1	1
Visitas inspectivas y auditorías	15	68	638	506
Planes de mejoramiento solicitados y revisados	45	73	642	456
Derechos de petición atendidos	205	249	266	4.971
Reclamos atendidos	1.337	1.518	1.266	4.817
Requerimientos realizados a EAPB	31	43	45	62
Tutelas atendidas	421	546	623	999
Sanciones Impuestas	38	51	62	39

Fuente: Tablero de Control Supersalud

En cumplimiento de las funciones de realizar la inspección, vigilancia y control al aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los casos en que se detectó incumplimiento a la normatividad vigente, por parte de las entidades de aseguramiento, se adelantó la apertura de 1.896 investigaciones administrativas, en el período julio 2006 a marzo de 2010, situación que se muestra en el cuadro anterior. Igualmente cuando se encontró mérito suficiente se procedió a expedir resoluciones de sanción, las cuales ascendieron a 190 en el mismo período.

Adicionalmente, se atendieron los derechos de petición y las tutelas presentadas por los usuarios del sistema por deficiencias en la afiliación o autorización de servicios y procedimientos por parte de las EAPB.

De otra parte se evaluaron los modelos del Sistema de Administración de Riesgo en Salud presentados por las EAPB, en cumplimiento con lo dispuesto en la Resolución 1740 de 2008 MPS, emitiendo conjuntamente con la Delegada para la Generación de Recursos las Observaciones pertinentes, según los conceptos entregados por las firmas externas y la visión conjunta establecida entre el MPS y la SNS.

En el período también se realizó el seguimiento, evaluación y verificación de los requisitos legales y técnicos de habilitación de todas 41 EPS del Régimen Subsidiado.

Mediante contratación y de manera directa se adelantaron 1.227 visitas y auditorías, a las entidades territoriales para realizar IVC a la determinación, identificación y selección de la Focalización de los subsidios en salud y a las EAPB con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.

En desarrollo de las funciones de vigilancia en salud pública, se realizó Inspección y evaluación conjunta a entidades departamentales críticas y se ordenó la elaboración e implementación de 1.227 planes de mejoramiento, el 93% en los dos últimos años.

## Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)

En lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se realizaron las siguientes acciones:

**Cuadro No. 159**  
**Acciones a Entidades SOGC**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	150	215	239	305
Visitas inspectivas y auditorías	14	104	271	140
Auditorías realizadas a entidades territoriales para verificar cumplimiento de ley de infancia y adolescencia			22	41
Sanciones aplicadas	49	73	101	128
Seguimiento a condiciones de Habilitación de IPS	10	32	68	135
Planes de mejoramiento solicitados y revisados	56	95	197	40
Seguimiento a red de prestadores de EAPB y DTS	16	19	25	59
Evaluación PAB y P.P. y PAMEC	166	178	192	203
Derechos de petición atendidos	236	482	491	266
Reclamos atendidos	1.241	1.354	1.622	1.753
Requerimientos realizados a EAPB	23	28	32	25
Sanciones Impuestas	37	57	63	75
Tutelas atendidas	481	492	531	623

*Fuente: Tablero de Control Supersalud*

Con el fin de verificar el cumplimiento de la normatividad vigente por parte de las IPS públicas y privadas se realizaron visitas inspectivas y auditorías a estas entidades vigiladas número que se muestra en el cuadro anterior.

Igualmente, se hizo seguimiento al proceso de habilitación de las IPS, el cual es competencia directa de las DTS.

Adicionalmente se realizó la evaluación o visita a las EAPB y Direcciones Territoriales de Salud (DTS), con el fin de hacer seguimiento a la organización y funcionamiento de la red de prestadores de servicios de salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y de las DTS cuando operan como administradoras de planes de beneficios; en total se realizaron en el cuatrienio 529 visitas, las cuales se intensificaron en los dos últimos años representando el 78%.

### **Código de Infancia y Adolescencia**

A partir del año 2008, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado auditorías de inspección, vigilancia y control a las entidades territoriales (Departamentales, Distritales y Municipales) con el fin de verificar el cumplimiento en lo referente a salud de la Ley 1098 de 2006 “Ley de Infancia y Adolescencia” y de la mujer en desplazamiento forzado.

A partir de los informes finales de la auditoría de cada entidad territorial visitada, teniendo en cuenta que en mayor o menor medida, no estaban cumpliendo con lo establecido en la Ley 1098 de 2006, se impartieron instrucciones para diseñar e implementar planes de mejoramiento.

#### **7.1.3. Protección al usuario y participación ciudadana**

En el período julio de 2006 – marzo de 2010, se realizaron actividades para tendientes a promover la protección al usuario y la participación ciudadana, entre otras las siguientes:

**Cuadro No. 160**  
**Acciones de protección al usuario y participación ciudadana**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Apertura de Investigaciones Administrativas	43	61	70	73
Consultas ciudadanas realizadas	6	18	17	8
Veedurías ciudadanas promovidas	15	11	13	9
Asistentes convocados a las consultas ciudadanas		3.599	2.175	3.825
Visitas inspectivas y auditoría	6	16	115	25
Derechos de petición atendidos	12.098	18.312	26.290	33.977
Reclamos atendidos	491	580	363	534
Usuarios atendidos Centro de Contacto Telefónico	42.982	25.073	35.492	43.529
Requerimientos realizados a EAPB	21	23	31	42
Tutelas atendidas	193	205	296	315
Fallos de tutela con seguimiento			125	585
Sanciones Impuestas	11	15	12	5
Convenios firmados	10	5	7	3
Teleconferencias realizadas	1	5	6	3
Audiencias públicas	22	19	26	25

*Fuente: Tablero de Control Supersalud*

Se recibieron y tramitaron 33.977 derechos de petición presentados por los usuarios del sistema, de las cuales 35% fueron escritas, 35% telefónicas, 19% por página web, 11% atención personalizada y 1% en Consultas Ciudadanas; los motivos principales correspondieron a temas de prestación de servicios, aseguramiento y prestaciones económicas.

Con el fin de verificar el cumplimiento por parte de las entidades vigiladas de los fallos de tutela emitidos por los jueces de la República, se realizó el seguimiento en los dos últimos años a 710 fallos contra EAPB o IPS.

Igualmente, en el período considerado, la Superintendencia por intermedio de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, realizó en el período julio 2006 a marzo de 2010, 172 auditorías a entidades territoriales con el fin de verificar el funcionamiento de las Oficinas de Atención al Usuario y la implementación de los procesos de Participación Ciudadana.

Como resultado de las funciones establecidas en el Decreto 1018 de 2007, la Superintendencia, dio apertura a 247 procesos administrativos y expidió 43 resoluciones de sanción, en el mismo período, relacionadas con incumplimiento de requerimientos o presuntas irregularidades en la violación a los derechos en salud de los usuarios del sistema.

Por otra parte, el mecanismo de participación ciudadana, ha sido uno de los principales canales de comunicación de la entidad con las distintas regiones del país. En el período considerado, se realizaron 49 Consultas Ciudadanas en la cuales se escuchó a la comunidad y se recibieron propuestas para mejorar la calidad de la prestación del servicio.

Como uno de los productos de las Consultas Ciudadanas, se promovió el ejercicio del control social. En tal sentido, se propugnó por la conformación de las veedurías ciudadanas. Estas veedurías constituidas, hacen control y seguimiento a los compromisos que se adquirieron en las Consultas Ciudadanas, por los actores involucrados. Sin embargo, muchas de ellas continúan

su ejercicio sobre el control de todo el sistema. Con ocasión de la Consultas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se promovieron veedurías ciudadanas, en diferentes municipios del país.

#### 7.1.4. Medidas Especiales

Durante el período considerado se realizaron 37 tomas de posesión de entidades con intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar, de los cuales el 35% fueron en el último año.

**Cuadro No. 161**  
**Intervenciones a Entidades**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Tomas de posesión e intervenciones a entidades	4	16	4	13
Visitas inspectivas	3	10	49	13
Derechos de petición atendidos	95	103	127	135
Reclamos atendidos	107	132	153	192
Seguimiento a liquidaciones voluntarias de entidades	25	68	72	81

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se muestra en el cuadro anterior, dentro de las acciones de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, Intervención Técnica Administrativa y Liquidación Voluntaria, que efectuó la Superintendencia, se realizaron en el cuatrienio 75 visitas integrales, de seguimiento y acompañamiento a Entidades Territoriales, Loterías, Empresas Sociales del Estado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

#### 7.1.5. Función Conciliatoria y Jurisdiccional

En desarrollo de las facultades jurisdiccionales y de conciliación otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud en la Ley 1122 de 2007 y el decreto 1018 de 2007, en el período considerado se han alcanzado los siguientes logros:

**Cuadro No. 162**  
**Acciones de Conciliación**

Descripción	2006-2007*	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Procesos jurisdiccionales de conciliación resueltos	25	275	125	30
Solicitudes de conciliación extrajudicial tramitadas	32	108	1.529	4.943
Audiencias con fines conciliatorios realizadas	51	173	1.429	3.669
Eventos de socialización de la función jurisdiccional realizados	1	5	7	9
Acciones jurisdiccionales tramitadas	5	24	253	553
Jornadas de Conciliación realizadas	3	12	15	19

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se muestra en el cuadro anterior, se resolvieron en el cuatrienio 455 procesos jurisdiccionales solicitados por los usuarios, que incluyen fallo judicial y conciliación judicial.

Adicionalmente, en el período considerado se realizaron 22 eventos de socialización de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, en diferentes ciudades del país.

De otra parte se tramitaron 6.612 solicitudes de conciliación extrajudicial en Bogotá y en las jornadas de conciliación a nivel nacional; para el efecto se realizaron 5.322 audiencias con fines conciliatorios.

### 7.1.6. Gestión de Apoyo Institucional

#### Cualificación del Recursos Humano

Logros en materia de cualificación del Recurso Humano de la Superintendencia:

**Cuadro No. 163**  
**Capacitación**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Funcionarios capacitados	47	168	201	272

Fuente: Tablero de Control Supersalud

En este desarrollo de la política, mediante la implementación de un Modelo Integrado de Gestión de Recursos Humanos, articulando las políticas, estrategias y las áreas temáticas definidas en el Plan Nacional de Formación y Capacitación de Empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias y el Plan Institucional de Capacitación, en el período, se logró vincular a procesos de capacitación a la totalidad de funcionarios, entre los temas de capacitación se destacan: Especializaciones en Derecho Médico, Auditoría en Salud y Proyectos de Sistemas de Información; Diplomado en Sistemas de Gestión de Calidad, Gestión del Talento Humano por Competencias, Diplomado en Contratación Estatal, Diplomado de Gestión de Inversión Pública, Seminarios de Agenda de Conectividad y Gobierno en Línea, Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos, Jornadas Internacionales de Derecho Penal, Gestión Documental, Servicio al Ciudadano.

#### Apoyo jurídico

A través de la Oficina Jurídica de la Superintendencia se realizaron las siguientes acciones como apoyo al logro de los procesos misionales de la Superintendencia:

**Cuadro No. 164**  
**Tutelas**

Descripción	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Tutelas atendidas	1.653	2.921	2.975	3.214
Consultas y derechos de petición atendidos	1.239	1.349	2.348	2.516
Trámites de segunda instancia atendidos	125	132	143	192
Registro entidades economía solidaria especializadas salud	45	152	203	295
Procesos de defensa judicial atendidos	213	286	291	316

Fuente: Tablero de Control Supersalud

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, la recepción y trámite de tutelas ha venido creciendo en los últimos años ascendiendo a 10.763 en el período julio 2006 a marzo 2010. Igual situación presentan los trámites de segunda instancia que alcanzaron 592, en el mismo período.

## 7.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del Invima

### 7.2.1. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

Como integrante de la estrategia sectorial asociada al fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria, el INVIMA amplió la capacidad institucional asociada al Sistema de Inspección Vigilancia y Control – IVC - posibilitando mayores resultados en cobertura con el fin de generar bienestar a los nacionales y disminuir los factores de riesgo en la Salud Pública. Dentro de este proceso el Instituto tramitó las sanciones que se derivan de las actividades de IVC y adelantó las actuaciones encaminadas al cobro efectivo de las sumas que le adeudan, adelantando las acciones de cobro persuasivo, procesos ejecutivos por jurisdicción coactiva sin intervención judicial.

Los resultados alcanzados en este Cuatrienio en relación con el sistema de inspección, vigilancia y control identificado para el INVIMA son:

**Cuadro No. 165**  
**Sistema de Inspección, Vigilancia y Control**

Actividad	Programación Cuatrienio	II-06 I-07		II-07 I-08		II-08 I-09		II-09 I-10 (Abril)		Total Ejecutado
		Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	
Expedición de registros sanitarios y trámites asociados	A Demanda		41.435		45.945		74.943		54.791	217.114
Expedición de vistos buenos de importación y exportación de los productos de competencia	A Demanda		71.040		78.773		77.727		70.106	297.646
Análisis de Control de Calidad										
Medicamentos	6.633	1.977	2.764	1.694	1.644	1.542	1.435	1.420	1.113	6.956
Alimentos	4.305	1.370	1.430	850	926	1.102	1.285	983	1.114	4.755
Acciones de Inspección, vigilancia y control con visitas de verificación a establecimientos										
Medicamentos	4.012	832	1.239	992	1.145	1.175	990	1.013	1.113	4.487
Alimentos	A Demanda		268		3.767		6.519		7.711	18.265
Plantas de beneficio animal	A Demanda		37		1.121		1.285		1.236	3.679
Insumos para la Salud	2.687	603	536	413	417	753	1123	918	1.272	3.348
Peso en Kg de medicamentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.		447.765,8		26.451,69		22.176.97		8.468,31	504.863
Peso en Kg de alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.		2.873		250.862		432.914		5.605.590	6.292.239

Actividad	Programación Cuatrienio	II-06 I-07		II-07 I-08		II-08 I-09		II-09 I-10 (Abril)		Total Ejecutado
		Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	
Litros de alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	S.P.		1.056		0		118.948		37.439	157.443
Establecimientos certificados en BMP de medicamentos, con reconocimiento internacional	913	188	213	228	241	266	251	231	205	910
Establecimientos certificados en BMP y HACCP de alimentos con reconocimiento internacional	S.P.		115		57		30		33	235
Establecimientos certificados en NTF con reconocimiento internacional	20	8	0	8	11	3	5	1	0	16
Capacitación y asistencia técnica a Entidades Territoriales										
Medicamentos	325	55	60	93	139	81	205	96	93	497
Insumos para la Salud	102	18	14	26	41	36	41	22	21	117
Procesos Sancionatorios										
Total actuaciones administrativas procesos sancionatorios	S.P.		4.469		4.345		6.050		7.079	21.943
Total Decisiones y sanciones	S.P.		314		315		404		419	1.452
Total recaudo por multas y sanciones por infringir normas sanitarias (Millones de pesos)	S.P.		952,9		1.224,0		1.253,8		982,6	4.413,3

Fuente: Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirecciones Misionales  
S.P. Sin Programación

### 7.2.2. Programas de Vigilancia y Control Poscomercialización

Como agencia sanitaria responsable de impulsar y dirigir las funciones públicas de control de calidad y vigilancia con el fin de elevar el status sanitario del país, el INVIMA desarrolló actividades para promover el Modelo de Vigilancia y Control tendientes a garantizar la calidad, seguridad y desempeño de los medicamentos, alimentos e insumos para la salud a partir de la identificación, evaluación y gestión del riesgo de los eventos que puedan poner en peligro la salud e integridad de los consumidores y usuarios a nivel nacional.

#### Programa Nacional DeMuestra la Calidad

A través de los laboratorios de referencia del INVIMA y con el acompañamiento de las Universidades Nacional de Colombia, Antioquia, Atlántico y Cartagena - Centros de Análisis - se conformó el equipo técnico-administrativo para el Programa Nacional Demuestra la Calidad con el objeto de realizar la evaluación posterior a la expedición del registro sanitario, a un conjunto de medicamentos de alto consumo y relevancia clínica analizando lo referente a rótulos,

características de composición, disolución y condiciones de almacenamiento en distribuidores mayoristas y depósitos.

Desde el 2006 a la fecha se analizaron de 73 principios activos, 53 genéricos y 20 innovadores o de marca. Los análisis incluyeron principios correspondientes a diferentes Grupos Farmacológicos de alto impacto por su consumo a nivel de nacional, entre los cuales se pueden mencionar: Antibióticos, Anticoagulantes, Antiretrovirales, Antihipertensivos, Hipolipemiantes, Antihistaminicos, Inmunosupresores, Cardiovasculares, hipoglicemiantes, Anticonvulsivantes, Anticonceptivos, Corticoesteroides. Los resultados del Programa en el periodo que se reporta son:

**Cuadro No. 166**  
**Programa DeMuestras la Calidad de Medicamentos**

Actividades - Año	2006	2007	2008	2009	2010
Número de Centros de Análisis	4	4	3	4	4
Número de Principios Activos Analizados	15	11	5	20	22
Muestras Analizadas	818	475	153	619	461 (programadas)
Formas Farmacéuticas Incluidas	Sólidos No Estériles	Semisólidos Y Aerosoles No Estériles, Soluciones Y Polvos Estériles	Sólidos no estériles	Sólidos, líquidos y semisólidos no estériles. Y líquidos y sólidos estériles	Sólidos, líquidos y semisólidos no estériles. Y líquidos y sólidos estériles
Muestras Interlaboratorios	Captopril Tabletas	Nifedipino Cápsulas	Diclofenaco Tabletas	Prednisolona Tabletas y Furosemida Tabletas	Enalapril tabletas
% de Muestras con resultados No Conforme confirmados por el Laboratorio del INVIMA	6,90%	2,7%	4,6%	2,6%	Programa en Desarrollo
Medida Sanitaria de Seguridad o retiro No. de Muestras con resultado No Conforme	40	13	7	En proceso de revisión de resultados y desarrollo de la orden de retiro de los Lotes No Conformes	Programa en Desarrollo

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos*

*Nota: La operación logística de este programa identifica al primer trimestre de cada año como el periodo para suscribir los acuerdos con los Centros de Análisis – CA - y la planeación del muestreo; en el segundo y tercer trimestre se inicia la etapa de muestreo y análisis por parte de los CA con la generación de reportes y en el cuarto, el Laboratorio de Medicamentos del INVIMA analiza las muestras que dieron resultado NO CONFORME; como cierre de esta operación, el primer trimestre de cada año se cierra la etapa de análisis de contramuestra, aplicando la metodología de análisis usada por el fabricante, y muestras de retención por parte del INVIMA.*

Para el conjunto de los periodos reportados, los resultados del Programa permiten establecer que los medicamentos que se consumen en el país cumplen con las condiciones de calidad requeridas en términos de efectividad y seguridad; de igual forma que las acciones de IVC para productores y comercializadores así como las certificaciones de calidad emitidas reflejan el nivel del estatus sanitario alcanzado por el país, en lo que a medicamentos se refiere. En 2009, este Programa obtuvo el máximo puntaje que otorga la Organización Panamericana de la Salud señalando al programa como sólido, confiable y que permite proyectar la inclusión de otro tipo de productos que tienen incidencia en la salud humana.

## Programa de Farmacovigilancia

Dentro del Modelo de Vigilancia y Control, el Programa de Farmacovigilancia avanzó en el desarrollo del modelo de vigilancia postcomercialización diseñado para medicamentos con el objeto de preservar la salud en lo relacionado con la exposición de la población a riesgos relacionados con los mismos y la manera como el Instituto establece las acciones pertinentes. Los resultados del Programa en este periodo son:

**Cuadro No. 167**  
**Programa Nacional de Farmacovigilancia 2006-2009**

ACTIVIDAD	Jul -2006 a Jun - 2007	Jul -2007 a Jun - 2008	Jul -2008 a Jun - 2009	Jul -2009 a Abr - 2010
Ingreso de reportes a la Base de datos SIVICOS	4.129	8.482	8.568	5.788
Visitas de seguimiento y acompañamiento del Programa	68	210	242	135
Capacitación y asistencia Técnica	0	62	132	22
No. Integrantes en la Red	105	127	186	213
IPS	62	92	149	157
No. Industrias Farmacéuticas	43	35	37	56
Reacciones adversas enviadas a Uppsala	1.400	900	3.707	2.516
Informes de seguridad Emitidos/Alertas	3	9	16	40
Boletines de Farmacovigilancia	3	3	2	1

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Las acciones gestionadas por el Instituto en respuesta a los informes de seguridad y alertas fueron:

**Cuadro No. 168**  
**Programa Nacional de Farmacovigilancia**

Medicamento	Gestión del Riesgo Programa de Farmacovigilancia
Antigripales	Retirar del mercado los productos que contengan antitusivos o asociaciones de antitusivos con vasoconstrictores (descongestionantes) y/o antihistamínicos o asociaciones de descongestionantes con antihistamínicos y analgésicos o analgésicos con antihistamínicos destinados a manejo sintomático del resfriado común en niños menores de 2 años.
Lumiracoxib	Suspensión comercialización y uso
Rimonabant	Suspensión de la comercialización
Toxina Botulínica tipo A	Incluir en la información para prescribir el producto, el riesgo potencial de reacciones adversas referidas como una posible propagación distante de la toxina
Micofenolato	Incluir en la Información para prescribir del producto la nueva información de seguridad como: leucoencefalopatía multifocal y linfomas.
Fenoverina	Llamado a revisión de oficio, para evaluar el retiro del producto del mercado.
Codeína	Incluir en insertos e Información prescriptiva de los productos, el riesgo de adicción a esta sustancia, su uso debe ser restringido a las instrucciones del médico tratante.
Acido Salicílico	Contraindicado su uso en menores de 16 años.

Metoclopramida	Resaltar en los insertos y en la información para prescribir el riesgo de diskinesia tardía con el uso prolongado
Bupropión/Vareniclina	Incluir la información relacionada con las alteraciones neuropsiquiátricas, en los insertos e información prescriptiva
Inhibidores de los Leucotrienos	Actualizar las contraindicaciones y advertencias sobre los eventos relacionados: agitación, agresión, ansiedad, sueños anormales y alucinaciones, depresión, insomnio, irritabilidad, desasosiego, pensamientos y comportamientos suicidas incluyendo suicidio y temblor.
Etravina	Incluir los efectos como lesiones severas en piel como Steve Johnson, necrosis epidérmica tóxica y eritema multiforme, en advertencias, contraindicaciones y reacciones adversas de la Información para prescribir y de los insertos del producto.
Prometazina	Se deben actualizar las contraindicaciones y advertencias de etiquetas, insertos e información para prescribir, en el sentido que el uso de este medicamento por vía intravenosa o subcutánea pone en riesgo a los pacientes, dada la alta probabilidad de desarrollar daño tisular severo que incluye gangrena y requiere amputación.

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos*

### Programa de Tecnovigilancia

El Programa Nacional de Tecnovigilancia identifica, evalúa y gestiona los problemas de seguridad y desempeño de los dispositivos médicos una vez salen al mercado con el fin de establecer mecanismos para reducir el riesgo de eventos adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el territorio nacional. De igual forma el Programa incentiva la articulación de los niveles nacional, departamental y local, junto con la academia, en la Red Nacional de Tecnovigilancia. Actualmente la Red cuenta con 1.172 inscritos representados en entidades prestadoras de salud, profesionales del área de la salud, importadores y fabricantes. Durante el cuatrienio 2006 - 2010, se tramitaron 1.758 reportes. En materia de capacitación y asistencia técnica a importadores, fabricantes y entidades territoriales, se realizaron 117 jornadas de capacitación para un total de 3.479 asistentes.

### Tecnologías de Señalización de Medicamentos

Frente a la lucha contra el contrabando, la falsificación y fraudulencia de medicamentos, en 2009 se conformó un Comité Técnico al interior del INVIMA y se firmó un convenio con la Universidad Nacional para desarrollar actividades tendientes a controlar la falsificación, adulteración y el contrabando, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1122 de 2007. De otra parte, con la participación de la DIAN, POLICIA, FISCALIA, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, se definieron acciones en el marco de la mesa de trabajo contra el contrabando y la ilegalidad de medicamentos así como con el proyecto de lucha contra la falsificación y la usurpación de marcas, tendientes a desarrollar estrategias efectivas contra la ilegalidad de estos productos. Como ampliación de este tema en Suramérica, el INVIMA participó en la operación JUPITER V, con el fin de generar de un plan de trabajo conjunto para luchar contra el contrabando y la falsificación de los medicamentos en la región.

### Buenas Prácticas Clínicas

A partir de la expedición de la Resolución 2378 del 27 de junio de 2008, por medio de la cual se adoptaron oficialmente y con carácter obligatorio las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos en Colombia, las actividades realizadas en este Programa fueron:

**Tabla No. 169**  
**Actividades Realizadas Buenas Prácticas Clínicas**

ACTIVIDAD	Jul-08 a Jun-09		Jul-09 a Mar-10	
	PROG	EJEC	PROG	EJEC
Planes graduales de cumplimiento	SP	216	NA	NA
Identificación Población sujeto a verificación	SP	158	NA	NA
Población objetivo sujeto de Certificación	SP	144	NA	NA
Visitas de Seguimiento al cumplimiento al plan de implementación de BPC	33	37	59	42
Jornadas de capacitación en BPC	4	5	10	11
No. de participantes en las jornadas de capacitación	SP	250	SP	796
No. de instituciones inscritas ante el INVIMA que cumplen con el Pre-Requisito para la Certificación	SP	144	SP	NA
% de Instituciones que cumplen con el Pre-Requisito para la Certificación (IPS certificadas en el Sistema Único de Habilitación)	NA	67%	NA	NA
% de Instituciones que no cumplen con el Pre-Requisito	NA	27%	NA	NA
% de Instituciones objeto de verificación como componentes para la Certificación (Laboratorios y Comités de Ética)	NA	6%	NA	NA

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

SP: Sin Programación - NA: No Aplica

### Vigilancia Epidemiológica en Alimentos

Durante el periodo reportado, el INVIMA creó el programa de Vigilancia Epidemiológica de Alimentos y Bebidas Alcohólicas con el propósito de identificar los factores de riesgo que pueden alterar la inocuidad de los alimentos, evaluar el impacto y frecuencia de estos riesgos en la salud de los consumidores, con el fin de tomar las medidas necesarias para controlar las causas de las enfermedades por transmisión alimentaria, evitar su recurrencia y direccionar los programas de control hacia la calidad, seguridad, eficacia de estos productos en lo relacionado con materias primas, procesamiento, producción y distribución. En este sentido, el INVIMA diseñó y validó los instructivos dirigidos a los establecimientos procesadores, con el fin de atender los eventos epidemiológicos relacionados con las ETAs así como con las alertas nacionales e internacionales.

#### 7.2.3. Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – INVIMA

De acuerdo a las competencias asignadas en la Ley 1122 de 2007, el INVIMA desarrolló actividades enfocadas al fortalecimiento institucional así como al cumplimiento de los compromisos adquiridos en la Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

#### Inspección, Vigilancia y Control sobre establecimientos fabricantes de alimentos y sus productos

En el proceso de transición de competencias, se establece como punto de referencia estimado

un universo de 50.000 establecimientos en el territorio nacional. En el transcurso del cuatrienio se avanzó de manera estratégica en el direccionamiento de las acciones de IVC con base al enfoque de riesgo y priorización de la inspección con el fin de construir un historial del grado de cumplimiento y observancia de la normatividad aplicable, por parte de los establecimientos. En este sentido, los Grupos de Trabajo Territorial fortalecieron las actividades de IVC para lograr un aumento en la cobertura y mejorar el estatus sanitario. Los resultados de esta actividad entre Julio de 2007 a Marzo de 2010 son:

**Cuadro No.170**  
**Consolidado Visitas de IVC y MSS en Alimentos realizadas por los Grupos de Trabajo Territorial (GTT)**

GTT	Jul-06 a Jun-07		Jul-07 a Jun-08		Jul-08 a Jun-09		Jul-09 a Mar-10	
	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS
Costa Caribe 1	N A		424	9	521	89	658	32
Costa Caribe 2	N A		400	16	661	73	1641	123
Centro Oriente 1	N A		272	61	704	52	967	25
Centro Oriente 2	N A		1.059	159	1.746	177	1088	64
Centro Oriente 3	N A		304	41	710	80	747	45
Occidente 1	N A		603	100	858	126	960	43
Occidente 2	N A		384	60	600	65	836	31
Orinoquía	N A		321	77	719	155	740	92
Eje Cafetero	N A		-	-	-	-	74	4
<b>TOTAL</b>			<b>3.767</b>	<b>523</b>	<b>6.519</b>	<b>817</b>	<b>7.711</b>	<b>459</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

NA: No Aplica

**Inspección y Certificación de Alimentos y Materias Primas e Insumos en Sitios de Control en Primera Barrera**

Para dar cumplimiento a las funciones asignadas, se conformó en 2008, el grupo de control en primera barrera de alimentos y materias primas e insumos ubicado en puertos marítimos y fluviales, aeropuertos internacionales y pasos fronterizos para controlar las importaciones y exportaciones de estos productos. Adicional a este proceso, se adelantaron actividades coordinadas con agencias del orden público nacional con el fin de avanzar en el desarrollo de estrategias que permitan la implementación del mandato de inspección simultánea. En 2009, se adoptó el manual de inspección simultánea módulo de exportaciones sitios de control en primera barrera; se inició el desarrollo del proyecto del Modelo de Optimización del Sistema de Información de Inspección física Simultánea de mercancías – Régimen de Exportación, el cual se encuentra en la etapa de diseño, en 2010 se preparó la versión del Manual Módulo exportaciones para aeropuertos y pasos de frontera y la entrada en operación del Modelo de Optimización.

De otra parte, la Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas participó en la implementación de los Centros Binacionales de Atención en Frontera (CEBAF) de Rumichaca en el marco de la Decisión 502 de la CAN, norma que busca evitar la duplicidad en los procedimientos que generen demoras en los trámites de importación y exportación.

Los resultados de la inspección y certificación de alimentos y materias primas e insumos en Sitios de Control en Primera Barrera entre julio de 2007 a marzo de 2010 son:

### Cuadro No. 171

#### Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en Primera Barrera

ACTIVIDAD	Unidad de Medida	Jul-06 <sup>a</sup> Jun-07	Jul-07 <sup>a</sup> Jun-08	Jul-08 <sup>a</sup> Jun-09	Jul-09 <sup>a</sup> Mar-10
Inspección y Certificación de Alimentos Importados	Certificados de Inspección sanitaria para nacionalización	NA	18.940	28.607	25.747
Inspección y Certificación de Alimentos Exportados	Certificados de Inspección sanitaria para exportación	NA	10.785	13.850	7.048
Toma de muestras	# de Muestras	NA	1.060	2.170	3.024
Recaudo por tarifas de inspección y certificación de Importaciones y Exportaciones	Peso colombiano	NA	\$ 3.502.951.738	\$ 5.068.460.616	\$ 4.152.198.601

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

NA: No Aplica

### Inspección, Vigilancia y Control en Plantas de Beneficio Animal

A partir de 2007 se conformó el Grupo del Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de Carne y Derivados, el cual tiene como objetivo la coordinación del diseño, desarrollo y ejecución de proyectos y acciones de Inspección, Vigilancia y Control en las plantas de beneficio de animales de abasto público, desposte, desprese y derivados cárnicos. De igual forma se han aplicado estrategias que buscan prevenir y controlar los riesgos sanitarios que puedan afectar la cadena agroalimentaria “De la Granja a la Mesa”.

### Cuadro No. 172

#### Consolidado Visitas Realizadas en Plantas de Beneficio por especie

ESPECIE	Jul-06	Jun-07	Jul-07	Jun-08	Jul-08	Jun-09	Jul-09	Jun-10
	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS	IVC	MSS
Aves	NA		112	41	124	35	305	6
Bovinos	NA		564	163	577	157	652	37
Caprinos	NA		5	3	3	3	0	0
Desposte Bovinos y Bufalinos	NA		6	0	4	0	7	0
Desposte Mixtas	NA		39	6	32	4	22	3
Desposte Porcinos	NA		2	0	2	0	3	0
Desprese Aves	NA		0	0	5	0	17	1
Equinos	NA		5	3	8	2	3	0
Otras	NA		0	0	4	0	2	0
Porcinos	NA		334	102	168	50	159	7
Régimen Especial Bovinos	NA		48	13	51	9	55	6
Régimen Especial Porcinos	NA		12	3	8	1	11	1
TOTAL			1.127	334	986	261	1.236	61

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

NA: No Aplica

En este sentido, el Instituto ha desarrollado actividades de IVC basadas en visitas; Inspección Permanente a las plantas de beneficio con clasificación I y II, en inspección rotativa en aquellas plantas que por sus características en volumen generan impacto en la salud pública de las regiones. Adicional a lo anterior, se realizaron actividades encaminadas al fortalecimiento de las acciones de IVC en las plantas de beneficio ubicadas en zonas de frontera, asegurando que el 100% de los animales sacrificados en estas regiones, sean dictaminados como aptos para el consumo humano. Los resultados están ilustrados en el cuadro No. 172.

La aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias tiene como principales causas las siguientes: el establecimiento no garantiza el suministro de agua potable durante los procesos de sacrificio y faenado de animales, las actividades de sacrificio son realizadas en el piso, el establecimiento carece de las aéreas, equipos y utensilios mínimos necesarios para estos dos procesos y se ejercen malas prácticas higiénico sanitarias.

### Capacitación a la comunidad, Industria y Gremios

Para garantizar una adecuada adopción de las nuevas exigencias producto de los procesos de actualización normativa, el INVIMA desarrolló actividades de capacitación a la comunidad, industria y gremios, con el fin de dar a conocer las disposiciones específicas asociadas al Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, teniendo como resultados, los siguientes:

**Cuadro No. 173**  
**Jornadas de Capacitación en el Tema Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias**

TEMA	Jul-06	Jun-07	Jul-07	Jun-08	Jul-08	Jun-09	Jul-09	Mar-10
	No. Jornadas	No. Asistentes						
Lineamientos para la presentación y evaluación de planes de reconversión de leche cruda y leche cruda enfriada		N A	0	0	6	355	10	650
Proceso de inscripción de trapiches paneleros		N A	0	0	63	4.419	0	0
Rotulado general y nutricional de alimentos		N A	0	0	6	456	8	200
Publicidad de alimentos y bebidas alcohólicas		N A	0	0	0	0	6	71
Seminario de introducción a los OGM		N A	0	0	0	0	1	50
ETAS transmitidas por leche y derivados lácteos		N A	0	0	0	0	1	100

Rotulado general de productos importados	N A	0	0	0	0	1	20
Programas de asistencia técnica, sanitaria y ambiental	N A	9	1.143	0	0	0	0
TOTAL		9	1.143	75	5.230	27	1.091

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas  
NA: No Aplica

### Actividades de gestión de admisibilidad sanitaria para activar el acceso de los alimentos a mercados internacionales

A partir de la Ley 1122 de 2007, el Instituto tiene la responsabilidad de representar a Colombia ante los organismos de referencia internacional y las autoridades sanitarias homologas de terceros países, con el objeto de avanzar en los procesos de admisibilidad sanitaria orientados a lograr el acceso de nuestros productos en mercados internacionales. Con la organización de los procesos de Inspección, Vigilancia y Control en el sector productivo nacional, se inicia la labor de gestión en admisibilidad sanitaria obteniendo los siguientes avances:

#### Cuadro No. 174 Gestión de Admisibilidad Sanitaria Julio - Diciembre 2008 Enero - Junio 2009

País	Gestión de Admisibilidad Sanitaria
Venezuela	Admisibilidad para exportar carne pollo a partir de la habilitación de 8 plantas de beneficio.
Rusia	Habilitación de 12 establecimientos: 1 para productos de la pesca, 7 para carne de la especie bovina y 4 de la especie aves de corral.
México	Habilitación para exportación de 13 plantas procesadoras de leche y derivados lácteos.
Perú	Habilitación de 7 plantas de beneficio y desposte de la especie bovina, 5 plantas de procesamiento de leche y derivados lácteos y 2 establecimientos productores de gelatina.
Perú	Aprobación de 2 certificados para exportación requeridos por este país para acompañar los cargamentos de carne de la especie bovina, de leche y productos lácteos.
Unión Europea	Mantenimiento del mercado de exportación para productos de la pesca representado en 17 establecimientos colombianos habilitados.
Brasil	Autorización de 2 establecimientos para exportación de productos de la pesca

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

**Cuadro No. 175**  
**Gestión de Admisibilidad Sanitaria**  
**Julio - Diciembre 2009 Enero – Marzo 2010**

País	Gestión de Admisibilidad Sanitaria
Chile	Autorización de 10 plantas procesadoras de leche y derivados lácteos colombianas por el Servicio Agrícola y Ganadero.
Rusia	Autorización de 7 plantas de beneficio de la especie bovina y 4 de aves de corral colombianas para exportar por el servicio Veterinario. (Aún se están definiendo aspectos relacionados con los modelos de certificados sanitarios para exportación).
	Autorización de 1 planta de procesamiento de productos de la pesca colombiana por el servicio Veterinario. (Aún se están definiendo aspectos relacionados con los modelos de certificados sanitarios para exportación).
Perú	Autorización de 7 plantas procesadoras de leche y productos lácteos colombianas por el Servicio Veterinario. El INVIMA está a la espera de los requisitos sanitarios para la definición del certificado de exportación.
	Autorización de 7 plantas de beneficio y desposte para exportación por parte de el SENASA
	Autorización de 5 plantas de procesamiento de leche y derivados lácteos para exportación por el SENASA. Modelo de certificado sanitario para la exportación acordado.
Brasil	Autorización de 2 plantas colombianas productoras de gelatina.
	Autorización de 2 plantas procesadoras de productos de la pesca colombianas para exportar sus productos por parte del Departamento de Productos de Origen Animal
Egipto	El Ministerio de Agricultura de Egipto autorizó 3 plantas de beneficio colombianas para exportar sus productos a este país. Se está acordando el modelo de certificado sanitario a emplear.

*Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas*

De manera complementaria para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y fitosanitarias, se elaboraron normas y reglamentos técnicos, así como la formulación de proyectos para ejecución de los CONPES Sanitarios 3375 y 3376 correspondientes a: “Política Nacional de sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos SMSF”, y Política Sanitaria de inocuidad para las cadenas de carne bovina y leches”; adicionalmente se participó en la formulación de los CONPES porcícola (3458), hortifrutícola (3514), avícola (3468) y la política nacional de calidad (Conpes 3446).

En el año 2007, a fin de garantizar la ejecución de las acciones de vigilancia por laboratorio y fortalecer los laboratorios de Salud Pública Departamentales, el MPS realizó transferencias, distribuidas así: en el 2007 por \$16.057 millones, en el 2008 por \$12.415 millones, y en el 2009 por \$5.000 millones de pesos más \$1.250 millones para fortalecer la vigilancia de la calidad del agua potable.

En el 2007, para fortalecer las acciones de implementación y seguimiento del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias el MPS amplió la planta de personal con seis (6) nuevos cargos y se participó en la formulación de una propuesta para establecer el marco comunitario andino en inocuidad de alimentos.

De otra parte, se elaboró y ajustaron los manuales para fortalecer la Inspección, Vigilancia y Control Sanitario en: Leches y derivados; Carnes y derivados cárnicos; Plazas de mercado y

restaurantes; Productos de la pesca; Huevos; y Trazabilidad. Adicionalmente, el MPS viene participando activamente en la Comisión Intersectorial MSF; Modelo MSF y Comités de Codex.

## 7.3. Vigilancia y Control de Sustancias de Control Especial y Medicamentos que las contienen

### 7.3.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control

Actualmente el Fondo Nacional de Estupefacientes ejerce fiscalización sobre 335 sustancias, incluyendo 257 sustancias de listas de control internacional, dentro de las que se encuentran estupefacientes tales como Morfina, Meperidina y Fentanil; psicotrópicos como: Alprazolam, Lorazepam y Metilfenidato; precursores como: Pseudoefedrina, Ergotamina y Piperonal; y listas de orden nacional con 80 sustancias, entre las que se encuentran el Tramadol, Amitriptilina y Haloperidol.

Con el fin de fortalecer la inspección, vigilancia y control de las materias primas sometidas a fiscalización nacional e internacional, la Unidad adelantó jornadas de capacitación en cinco zonas de frontera: Arauca, Cúcuta, Riohacha, Ipiales y Leticia, cinco Puertos: Tumaco, Buenaventura, Santa Marta, Cartagena, Barranquilla y una zona franca, la de Bogotá, con los entes que a nivel regional manejan el tema de comercio exterior tanto del orden estatal como privado.

Se brindó capacitación a nivel nacional donde se hicieron presentes autoridades civiles y militares de entidades públicas tales como: Policía de Carreteras, Secretaría de Tránsito, Policía Judicial, Instituto Departamental de Salud, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, trabajando en la necesidad de realizar acciones mancomunadas y continuas que permitan fortalecer los controles sobre este tipo de sustancias para evitar su posible desvío a canales ilícitos.

Por otra parte, conscientes de la importancia que genera para la salud pública una adecuada prescripción de medicamentos de control especial, el FNE extendió a nivel nacional, el Proyecto Piloto ejecutado en Bogotá sobre “Prescripción responsable de Medicamentos de Control Encaminado a fortalecer los controles y fiscalización de los Medicamentos de Control Especial”.

De otra parte, en el 2008 con apoyo del Ministerio de la Protección Social se realizó el formato para la divulgación a través de la Televisión, con el muñeco TAL CUAL, del programa del Boletín del Consumidor, una propaganda con el fin de informar a la comunidad en general acerca del uso racional y adecuado de los medicamentos de control especial.

Con el fin de contrarrestar el desvío a canales ilícitos de los medicamentos veterinarios, se realizó un trabajo articulado con el Consejo Nacional de Medicina Veterinaria y Zootecnia de Colombia (COMVEZCOL) y el Instituto Colombiano de Agropecuario (ICA) para catalogar los medicamentos con mayor potencial de abuso como de control especial, para así ejercer una mayor inspección, vigilancia y control sobre los mismos, a través de las normas que para tal fin existen, catalogando nueve medicamentos como de control especial de uso veterinario. De otra parte se desarrollaron acciones de capacitación sobre el manejo de los recién catalogados medicamentos de control especial de uso veterinario a profesionales Médicos Veterinarios, Zootecnistas y distribuidores.

Se realizaron 1.173 auditorías a laboratorios farmacéuticos, establecimientos farmacéuticos mayoristas (depósitos de drogas), minoristas (farmacias – droguerías), e instituciones prestadoras de servicios de salud entre otros, que han permitido el fortalecimiento de la imagen institucional.

Se realizó depuración y actualización del listado de productos para establecer el listado vigente de medicamentos de control especial que se encuentran en el mercado colombiano de uso humano. Actualmente se encuentran catalogados 57 medicamentos como de control especial de la industria farmacéutica y 22 medicamentos monopolio del Estado.

En la vigencia 2007 se inició la campaña contra la piratería y contrabando de medicamentos de control especial de uso veterinario en un trabajo que se viene desarrollando en conjunto con la Asociación Nacional de Laboratorios de Productos Veterinarios – APROVET y la colaboración de entidades como la DIAN, Policía Nacional, ICA y COMVEZCOL.

La campaña fue lanzada en el evento de AGROEXPO 2007 y se ha venido divulgando a través de las principales ciudades del país con la entrega de volantes donde se invita a la población a rechazar y denunciar el mercado negro, adulteraciones, falsificaciones y contrabando de los medicamentos veterinarios.

De otra parte, y preocupados por el incremento en el uso de la materia prima Zolpidem en el país, se llevó a cabo el estudio médico científico de la viabilidad de incluir el medicamento zolpidem (como producto terminado) a control especial FRANJA VIOLETA ya que dicha sustancia y sus sales están sometidas a fiscalización por estar incluidas en la “Lista Verde” de sustancias psicotrópicas, sin embargo, el medicamento como producto terminado no está sometido a fiscalización en Colombia.

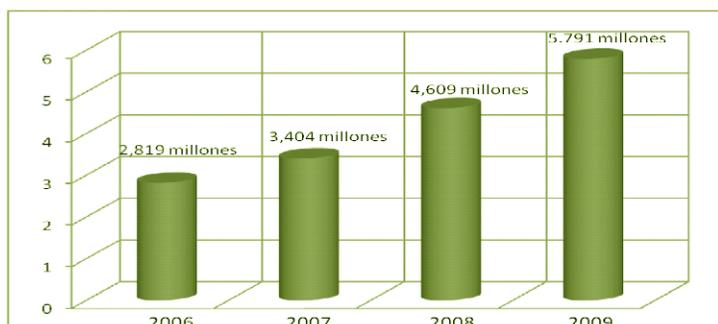
En este sentido el Fondo remitió concepto técnico para la inclusión del medicamento zolpidem como de control especial franja violeta, a la Comisión Revisora de Medicamentos del INVIMA, la cual mediante Acta No. 02 de febrero 3 de 2010, recomienda incluir los medicamentos que contengan el principio activo zolpidem, como medicamento de control especial y prescripción bajo fórmula médica en el recetario Oficial expedido por el estado colombiano.

El Fondo Nacional de Estupefacentes, durante el cuatrienio ha garantizado en un 100% la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos monopolio del Estado, evitando así problemas de salud pública que se podrían generar ante la falta de los mismos. De esta forma los pacientes han podido contar con los medicamentos monopolio del Estado de acuerdo con el diagnóstico: opioides, tales como morfina, hidromorfona, meperidina y metadona (tratamiento del dolor agudo o severo por cáncer, SIDA, u otras enfermedades crónicas y algunos con fines anestésicos), anticonvulsivantes, como fenobarbital y primidona (tratamiento de la epilepsia) y estimulantes del sistema nervioso central como el metilfenidato (tratamiento de la hiperactividad).

Uno de los mayores logros fue conseguir que en todos los departamentos del territorio nacional se contara con existencias de los medicamentos monopolio, a través de la suscripción de convenios interadministrativos que habilita a los entes territoriales a recibir durante todo el año los medicamentos según sus necesidades.

### Gráfico No. 49

#### Gastos de adquisición de medicamentos monopolio del estado



Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes

Se realizó una adecuada inspección sobre las ventas de medicamentos monopolio y se fortaleció la cadena de distribución y dispensación de los mismos, haciendo especial énfasis en el horario 24 horas, 7 días a la semana a nivel nacional.

Como consecuencia del trabajo que se ha venido adelantando con el Comité Asesor de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor, la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos ha propuesto a Colombia como referente en materia de disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos opioides para el tratamiento del dolor. En tal sentido, esta Unidad ha participado a nivel internacional en eventos que le han permitido exponer sus avances en la materia y que han sido de especial interés en otros países de la Región y por parte de organismos internacionales como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Organización Mundial de Salud, y la Organización Panamericana de la Salud, así como entidades regulatorias de Países Latinoamericanos. En los informes anuales de la JIFE para la vigencia 2008 se reconocen los esfuerzos realizados por Colombia para facilitar el acceso de los pacientes a medicamentos esenciales para el alivio del dolor y en la vigencia 2009 se hace referencia a su disponibilidad permanente en el país.

Para garantizar las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel nacional, así como la disponibilidad de medicamentos a nivel territorial se han fortalecido los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, a través de asistencia técnica, capacitaciones, convenios interadministrativos, material didáctico y de apoyo e intercambio de información a nivel nacional que ha permitido optimizar su funcionamiento.

Igualmente, durante el año 2008, mediante Resolución 102 de marzo de 2008, se crearon e instalaron siete Comités Regionales de Inspección, Vigilancia y Control, con el fin de que a través de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, gobernaciones y alcaldías se implementen acciones que permitan garantizar el manejo adecuado de sustancias y medicamentos de control especial, así:

- » Oriente: conformada por los departamentos de Arauca, Cesar, Santander y Norte de Santander.
- » Caribe: conformada por los departamentos de Guajira, Atlántico, Magdalena, Bolívar, San Andrés, Sucre y Córdoba.

- » Antioquia: conformada por los departamentos de Chocó y Antioquia.
- » Pacífica: conformada por los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo.
- » Andina: conformado por los departamentos de Huila, Tolima, Cundinamarca, Boyacá, y Caquetá.
- » Cafetera: conformado por los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda.
- » Llanos: conformado por los departamentos de Meta, Casanare, Vichada, Guaviare, Guainía, Vaupés y Amazonas.

Se ha logrado así, el desarrollo de nuevos mecanismos de fortalecimiento y control con los entes que a nivel regional tienen a su cargo el manejo de las sustancias y los medicamentos de control especial, conforme a los procesos de importación, transformación, producción, prescripción, distribución, dispensación, venta, etc.

#### 7.4. Vigilancia en Salud Pública

El Instituto Nacional de Salud durante el periodo 2006-2010 ha realizado, entre otras, las siguientes acciones de vigilancia: A) VIH/SIDA, promocionando la prueba voluntaria, quienes resulten positivos se benefician con tratamientos antirretrovirales. B) Dengue, el país se encuentra en epidemia de dengue desde la semana epidemiológica No. 1 de 2010, con una tendencia ascendente, por lo que se deben iniciar planes de contingencia en todos los niveles (nacionales, departamentales, municipales e institucionales). C) Leishmaniasis: se fortaleció la vigilancia activa de Leishmaniasis a través de archivos planos semanalmente, desde los entes territoriales del nivel municipal y departamental. D) Rubéola: Se capacitó y sensibilizó para la implementación de acciones individuales y colectivas establecidas para casos sospechosos de sarampión ó rubéola y para E) Hipotiroidismo congénito: se capacitó y fortaleció la comunicación con los diferentes entes departamentales encargados de la notificación al sistema SIVIGILA y a las personas encargadas para su oportuno ingreso de los datos al sistema.

## 8. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

### 8.1. Mejoramiento de la capacidad de gestión de las entidades del Sector

#### Instituto de Seguros Sociales

Durante el cuatrienio 2006-2010, el ISS fue objeto de grandes transformaciones, como resultado de ajustes en las políticas gubernamentales, en materia de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. En efecto, a partir del primero de Agosto de 2008 se hizo efectivo el traslado de los 3.157.983 afiliados en salud, de la EPS del ISS hacia la Nueva EPS, como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Resolución 028 del 15 de enero de 2007, ratificada con Resolución 263 del 26 de marzo de 2007), operación que se realizó siguiendo las orientaciones de los documentos Conpes 3456 y 3494 de 2007, y de acuerdo con el Decreto 055 de 2007 y sus modificatorios, los Decretos 2713 de 2007 y 0781 de 2008.

El primero de Septiembre de 2008, se efectuó el traslado de los afiliados (1.748.288 trabajadores y 313.890 empresas) y los pensionados por invalidez y sobrevivencia (28.946) de la ARP ISS a La Previsora Vida S. A., dentro del proceso de cesión de activos, pasivos y contratos a título oneroso que se adelantó siguiendo las recomendaciones de los documentos Conpes 3456 y 3464 de 2007, así como los lineamientos de la Ley 1151 de 2007 (artículo 155) y el Decreto 600 de 2008, como parte de la estrategia para garantizar la permanencia del Estado en el aseguramiento público esencial de salud y riesgos profesionales.

Con el propósito de reflejar estos cambios en la estructura organizacional del ISS, durante el año 2009 el Instituto elaboró y remitió, a la Dirección de Desarrollo Organizacional del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el proyecto de acuerdo para suprimir la Vicepresidencia de Riesgos Profesionales. Una vez se tenga el concepto técnico favorable de esa entidad, se procederá a su presentación ante el Consejo Directivo del ISS para su aprobación, pudiendo así continuar con el trámite pertinente.

Con respecto a la EPS del ISS, es importante precisar que no se ha iniciado trámite alguno relacionado con la modificación de su estructura, teniendo en cuenta que esta Vicepresidencia está trabajando en la conclusión de algunas actividades pendientes que se generaron con anterioridad al traslado de sus afiliados, como la reclamación de saldos no compensados y registros glosados ante el FOSYGA, la realización de recobros al FOSYGA por medicamentos No POS y tutelas, la gestión del inventario de medicamentos, la cancelación de cuentas por gastos de operación comercial, el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad, la liquidación de contratos y aceptaciones de oferta rubros operación comercial EPS, y la organización y depuración del archivo de las historias clínicas de las Empresas Sociales del Estado liquidadas.

Para formarse una idea de la magnitud de los cambios operados con la reforma adelantada en el ISS, con la supresión de los negocios de la EPS y la ARP, es necesario observar, en el siguiente cuadro, los cambios registrados en las tres Unidades de Negocios, existentes en el 2006 y sus valores finales a abril de 2010, anotando que el Incremento del Presupuesto Total del ISS de \$10.820.174 millones en el 2006 a \$14.108.264 millones en el 2010 de la Entidad, obedece a que el Gobierno Nacional a través de la Entidad, asumió los pagos de los pasivos existentes al cierre de operaciones de la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) y de la Empresa Promotora de Salud (EPS) lo que se produjo en el año 2008.

### Cuadro No. 176 Estadísticas ISS

Valores en millones de \$

Concepto	A Dic. 2006	A Dic. 2007	A Dic. 2008	A Dic. 2009	A Abril 2010
<b>PENSIONES</b>					
Afiliados totales	5.927.957	6.057.233	6.162.898	6.424.597	6.476.582
Afiliados activos	2.303.947	2.219.466	2.029.209	2.133.687	2.045.926
Afiliados cotizantes	1.949.204	1.842.270	1.907.965	2.047.523	1.792.441
Pensionados	691.015	746.772	806.156	860.094	876.487
Expedientes decididos	173.171	202.887	218.486	219.477	73.085
Pensiones reconocidas	83.357	80.748	85.098	78.252	23.568
Tiempo de reconocimiento	5,45 meses	5,07 meses	4,88 meses	4,73 meses	4,80 meses
Prepensionados: Asegurados capacitados	No Aplica	31.208	47.241	38.744	11.175
Valor prestaciones pagadas	\$ 7.346.311	\$ 8.431.526	\$ 9.672.270	\$ 11.234.966	\$ 3.497.570
Recaudo por aportes	\$ 2.572.381	\$ 2.660.223	\$ 2.856.041	\$ 3.293.952	\$ 1.261.481
Devolución de aportes	\$ 382.574	\$ 625.220	\$ 1.389.193	\$ 2.637.281	\$ 995.896
Aportes de la Nación	\$ 4.042.903	\$ 5.007.623	\$ 5.537.881	\$ 5.236.605	\$ 1.821.040
Presupuesto Pensiones	\$ 7.787.346	\$ 9.012.085	\$ 10.357.925	\$ 12.196.752	\$ 13.485.859
<b>EPS</b>					
Afiliados totales	3.007.059	3.011.512	3.157.983	0	0
Afiliados cotizantes	1.432.467	1.464.235	1.625.665	0	0
Valor Prestaciones	\$ 1.440.267	\$ 1.675.167	\$ 1.321.737	\$ 94.026	\$ 2.453
Cantidad de Actividades	42.439.995	41.430.020	25.352.241	0	0
Recaudo por aportes (compensación)	\$ 1.521.274	\$ 1.631.730	\$ 853.560	\$ 83.820	\$ 10.965
Recaudo Ley 758 de 2002	126.978	201.397	148.141	217.015	\$ 46.949
Presupuesto EPS	\$ 2.412.167	\$ 2.770.068	\$ 2.218.044	No Aplica	No Aplica
<b>ARP</b>					
Trabajadores afiliados	1.608.836	1.718.843	0	0	0
Empresas afiliadas	290.030	302.791	0	0	0
Pensionados	28.460	28.546	0	0	0
Valor prestaciones pagadas	\$ 153.892	\$ 165.207	\$ 115.115	\$ 0	\$ 0
Recaudo por aportes	\$ 217.567	\$ 240.220	\$ 168.317	\$ 98	\$ 15
Presupuesto ARP	\$ 620.661	\$ 657.153	\$ 665.096	No Aplica	No Aplica

Concepto	A Dic. 2006	A Dic. 2007	A Dic. 2008	A Dic. 2009	A Abril 2010
<b>GESTIÓN GENERAL</b>					
Presupuesto Gestión General	No Aplica	No Aplica	No Aplica	\$ 944.766	\$ 622.406
<b>ISS CONSOLIDADO</b>					
Presupuesto total ISS	\$ 10.820.174	\$ 12.439.306	\$ 13.241.065	\$ 13.141.518	\$ 14.108.264
Personal de planta-Cantidad	2.355	2.201	1.686	1.527	1.495
Personal de planta-Costo anual	\$ 96.520	\$ 94.262	\$ 86.396	\$ 70.957	\$ 19.136
Personal contratación civil-Cantidad	2.845	3.023	1.912	2.013	2.011
Personal contratación civil-Costo anual	\$ 47.799	\$ 49.861	\$ 44.195	\$ 32.321	\$ 11.946
Jubilados ISS-Cantidad	19.782	19.776	19.787	20.046	20.171
Jubilados ISS-Costo Anual ISS Patrono	\$ 434.049	\$ 430.146	\$ 409.229	\$ 439.274	\$ 130.099

Fuente: ISS Vicepresidencia de Pensiones-Vicepresidencia Financiera

### Aseguramiento en Pensiones

El ISS cerró el año 2006 con un total de 5.927.957 afiliados a pensiones, de los cuales, 1.949.204 (32,88%) son cotizantes. La cantidad de afiliados en 2009 era de 6.424.597, entre los que se cuentan 2.047.523 (31,87%) cotizantes. A abril de 2010, la cantidad de afiliados llegaba a 6.476.582, de los cuales, 1.792.441 (27,68%) son cotizantes.

Al finalizar 2006, el ISS pagaba mesadas a 691.015 pensionados (34.687 por Invalidez, 480.693 por Vejez y 175.635 por Muerte). En diciembre de 2009 había 860.094 pensionados (38.566 por Invalidez, 616.603 por Vejez y 204.925 por Muerte) y en abril de 2010, esta cantidad ascendió a 876.487 (38.961 por Invalidez, 629.526 por Vejez y 208.000 por Muerte). El costo anual de las prestaciones ascendió a \$7,3 billones en 2006, \$11,2 billones en 2009 y \$3,5 billones durante los cuatro primeros meses del año 2010.

Durante el año 2006 se reconocieron 83.357 pensiones. En 2009 fueron 78.252 y, en los cuatro primeros meses de 2010, la cantidad de pensiones reconocidas va en 23.568.

Durante los últimos años se logró disminuir el tiempo promedio para el reconocimiento de pensiones, el cual pasó de 13,5 meses en Enero de 2005 a 5,45 meses en diciembre de 2006 y a 4,80 en Abril de 2010. Este promedio comprende los riesgos de invalidez, vejez y muerte de todos los tipos de afiliado (los que sólo cotizaron en la administradora de pensiones del ISS, los que también cotizaron en AFP, los que prestaron servicio en entidades públicas y los que cotizaron en cajas o fondos públicos). Para los afiliados que sólo aportaron al ISS, el tiempo de reconocimiento con corte a Abril de 2010 era de 4,73 meses en promedio.

Durante el año 2009 se decidieron 219.477 expedientes de solicitudes de prestaciones económicas, representando un incremento de 46.306 expedientes (27%) con respecto al año 2006, cuando se resolvieron 173.171. En los primeros cuatro meses del año 2010 se han resuelto 73.085 expedientes.

El artículo 155 de la Ley 1151 de 2007 (Plan de Nacional de Desarrollo) establece la creación de la Administradora Colombiana de Pensiones, Colpensiones, vinculada al Ministerio de la Protección Social, para la administración estatal del régimen de prima media con prestación

definida; la liquidación de CAJANAL EICE, Caprecom y del Instituto de Seguros Sociales, en lo que a la administración de pensiones se refiere.

El Gobierno Nacional viene trabajando en la estructuración de Colpensiones desde el punto de vista legal, financiero, presupuestal y técnico para la puesta en operación de la nueva entidad, en procura de que el tránsito del Seguro Social hacia Colpensiones se adelante en las mejores condiciones de eficiencia y transparencia, garantizando la calidad y continuidad en la prestación de los servicios a sus afiliados y pensionados.

Es así como el Gobierno Nacional procedió a la expedición de los siguientes Decretos:

- » Decreto 4488 de 2009 (18 de noviembre), por el cual se aprueba la estructura de Colpensiones, se determinan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.
- » Decreto 4489 de 2009 (18 de noviembre), por el cual se aprueba la planta de personal de Colpensiones.
- » Decreto 4490 de 2009 (18 de noviembre), por medio del cual se establece el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos de Colpensiones.

En lo corrido del año 2010 se respondió una solicitud de información de Colpensiones (del 22 de febrero) y se está construyendo un documento descriptivo de los procesos de pensiones, que incluye propuestas de mejoramiento, cifras estadísticas y la infraestructura dispuesta para su normal desarrollo

El Decreto 2196 del 12 de junio de 2009 suprimió la Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL EICE y ordenó su liquidación, estableciendo un plazo, hasta el 12 de julio de 2009, para que se adelanten todas las acciones necesarias para el traslado, al ISS, de los afiliados cotizantes.

En cumplimiento de lo anterior, el Instituto realizó las siguientes actividades durante el año 2009:

- » Recepción de una base de 30.453 afiliados cotizantes.
- » Creación de un Centro de Decisión, autónomo e independiente, en la Seccional Cundinamarca (Grupo ISS CAJANAL), para el cual contrató un equipo de 6 profesionales.
- » Instrucción para el trámite, eficiente y eficaz, de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones presentadas por los antiguos afiliados a CAJANAL EICE.
- » Implementación de un procedimiento para recaudar los aportes sin generar traumatismos a los cotizantes. Estos recaudos se empezaron a recibir desde el 1° de agosto de 2009 con las cotizaciones del ciclo 2009-07.
- » Administración del código de recaudo de PILA de Cajanal por parte del ISS a partir del 1° de agosto de 2009.
- » Cruce del recaudo contra la base de datos de afiliados entregados por Cajanal.
- » Manejo del recaudo en forma independiente de los afiliados trasladados de Cajanal.
- » Suscripción del Convenio interadministrativo entre las dos entidades con el fin de ajustar los procesos de afiliación, recaudo e historia laboral de los afiliados trasladados al ISS en cumplimiento del Decreto 2196 de 2009.

- » Verificación permanente entre las dos entidades correspondientes al recaudo de los ciclos posteriores al 2009-07.
- » Devolución de los recaudos del ISS a Cajanal correspondientes a ciclos anteriores a julio de 2009, por valor de \$9,4 millones.
- » Devolución de recaudos de Cajanal al ISS por valor de 1.528 millones correspondiente a ciclos posteriores al 2009-07.

El 25 de septiembre de 2009 se suscribió el acta de formalización de entrega de afiliados cotizantes de CAJANAL al ISS, donde se especificaron puntos como la Base de Datos de Afiliados, las Historias Laborales, Competencia de decisión de las peticiones presentadas, Comités de Seguimiento y procedimiento de conciliación y devolución de aportes entre el ISS y CAJANAL.

### Transformación de EPS

El 1 de agosto de 2008, la EPS del Seguro Social debió proceder al traslado, hacia la Nueva EPS, de sus 3.157.983 afiliados, de los cuales, 1.625.665 figuraban como afiliados cotizantes, como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Resolución 028 del 15 de enero de 2007, ratificada con Resolución 263 del 26 de marzo de 2007), y siguiendo las orientaciones contenidas en los documentos Conpes 3456 y 3494 de 2007, así como en el Decreto 055 de 2007 y sus modificatorios, los Decretos 2713 de 2007 y 0781 de 2008.

Con recursos por valor de \$561.507,50 millones, provenientes de la Cesión de Activos, Pasivos y Contratos de la ARP del ISS, se cubrió una parte del déficit presupuestal de la EPS durante el año 2008.

### Transformación de ARP

Durante el año 2008 se dió inicio al proceso de cesión de activos, pasivos y contratos a título oneroso, de la ARP ISS a La Previsora Vida S.A. (hoy Positiva S.A. Compañía de Seguros), siguiendo las recomendaciones de los documentos Conpes 3456 y 3464 de 2007, así como los lineamientos de la Ley 1151 de 2007 (artículo 155) y el Decreto 600 de 2008, como parte de la estrategia para garantizar la permanencia del Estado en el aseguramiento público esencial de salud y riesgos profesionales. Se resaltan las siguientes actividades:

- » Aprobación de la operación de cesión por parte de la Superintendencia Financiera mediante Resolución 1293 del 11 de agosto de 2008.
- » Suscripción del contrato de cesión, el 13 de agosto de 2008, por valor estimado de \$684.834 millones. El valor final se estableció en \$687.077 millones, mediante Otrosí N°1 del 6 de octubre de 2008, de los cuales se han recibido \$628.000 millones (\$600.000 millones en 2008 y \$28.000 millones en 2009), quedando un saldo de \$59.077 millones.
- » Traslado de afiliados y pensionados de la ARP ISS a La Previsora Vida S. A., a partir del 1 de septiembre de 2008 (313.890 empresas, 1.748.288 trabajadores y 28.946 pensionados por invalidez y sobrevivencia).
- » Traslado de las inversiones y recursos que respaldan el pasivo de promoción y prevención que, a 31 de agosto de 2008, ascendían a la suma de \$73.438 millones. Operación realizada el 5 de septiembre de 2008.

- » Traslado de los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la ARP-ISS a La Previsora Vida S. A.

Mediante acta, suscrita el 27 de Julio de 2009, se efectuó la conciliación de la cesión de los siguientes bienes a favor de Positiva S. A. Compañía de Seguros, conforme a la Resolución No 1293 del 11 de agosto de 2008:

- » 4 terrenos por valor total de adquisición de \$243,49 millones.
- » 6 edificios por un valor total de adquisición de \$4.754,23 millones.
- » 37 vehículos por valor de adquisición de \$1.754,75 millones.
- » Bienes muebles por valor de adquisición de \$8.982,86 millones.

Adicionalmente, el 28 de octubre de 2009 el ISS trasladó a Positiva S. A. la suma de \$3.250,02 millones (con su correspondiente detalle), por concepto de “Cotización sanción”, en cumplimiento del Decreto 3269 de 2009.

## Fortalecimiento Institucional

El programa Pre pensionados fue adoptado mediante Resolución 7400 del 29 de diciembre de 2006, con el objetivo principal de orientar a los asegurados próximos a adquirir su derecho a la pensión sobre el régimen que les aplicaría, la documentación requerida para radicar su solicitud y los trámites a realizar; durante la existencia de este programa se han capacitado un total de 122.557 asegurados próximos a pensionarse,

## Proyectos de Tecnología de la Información y las Comunicaciones

### Proyecto OPTICA

El proyecto OPTICA se desarrolla en el ISS para optimizar la cadena de trámites Solicitud de Pensión de Vejez ante el Instituto de Seguros Sociales”, con el apoyo del programa Agenda de Conectividad del Ministerio de Comunicaciones y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Como parte de este proyecto se produjo el documento “Estudio técnico para la optimización de la cadena de trámites - Solicitud de pensión por vejez ante el Instituto de Seguros Sociales”, que sirvió como base para el plan de trabajo que se desarrollará con el apoyo de la fábrica de software del Programa Agenda de Conectividad. Este plan se dividió en dos componentes:

**Administrador Flujo de Expedientes (AFE):** Se conformó un equipo multidisciplinario para trabajar en el robustecimiento del software Administrador Flujo de Expedientes (AFE), según compromiso adquirido con la Superintendencia Financiera. Este equipo ha auditado estados, acciones y usuarios de las Seccionales Cundinamarca y Caldas, en las cuales realizó una actualización del inventario de expedientes.

**Programa Liquidador.** Durante el año 2009 se efectuaron pruebas y ajustes al nuevo programa liquidador automático y se implementó el módulo de Vejez en los 8 centros de decisión del país. El de invalidez se encuentra en un 85% de avance. Actualmente se están realizando las pruebas del programa de generación y numeración masiva de resoluciones de invalidez y se está adelantando la fase de parametrización del nuevo liquidador para afiliado fallecido y pensionado fallecido.

A comienzos del mes de abril de 2010 se empezará la fase de parametrización del nuevo liquidador para afiliado fallecido y pensionado fallecido.

### **Publicación de historias laborales en la página Web del ISS**

Durante el año 2009 se unificó el extracto de Historia Laboral y se consolidó la consulta de la misma a través de la página Web del ISS ([www.iss.gov.co](http://www.iss.gov.co)). Durante ese año ingresaron 1.437.313 afiliados a la página Web de Historia Laboral, de los cuales, 1.336.681 generaron su extracto por el mismo medio. A abril 30 de 2010 habían ingresado 732.288 afiliados, de los cuales, 698.197 generaron su extracto por ese medio.

## **Instituto Nacional de Cancerología**

### **Proyectos Soporte para la gestión institucional.**

#### **Sistemas de Información**

Continuando con la filosofía de mejoramiento del Instituto y la necesidad de mejorar nuestros procesos institucionales, se han hecho inversiones significativas en diferentes frentes de actualización de los sistemas de información, en este sentido se está implementando SAP/R3 integrando bajo este sistema, módulos financieros, de administración de activos, historia clínica electrónica, administración de proyectos, y administración de recurso humano; permitiendo una integración en los diferentes módulos.

También se ha implementado proyectos de sistematización para automatizar de las Imágenes Diagnósticas a partir de Equipos Análogos y Equipos Digitales; el Proyecto Auditorio Multivisual, la Publicación electrónica de la Revista Nacional de Cancerología.

Adicionalmente se amplió el canal de Internet y la organización de los centros de cableado, también se realizó la migración de información a servidores más seguros mitigando el riesgo de pérdida de la información.

Dentro de los últimos proyectos que se han implementado, se encuentra el control a la gestión de proyectos de investigación e inversión, el control de acceso a las instalaciones del Instituto y los tableros sistematizados de indicadores, especialmente de la decreto 2193, circular 030 y 056, el decreto 473 y el tablero estratégico institucional.

#### **8.1.1. Sistemas de información y estadísticas**

Por su parte, en el Ministerio de la Protección Social, para la construcción del Sistema de Información de la Protección Social - SISPRO, se suscribió un contrato con la UT Grupo Gesfor, por \$13.177,4 millones, cofinanciado con recursos del BID a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. La Interventoría a este contrato fue contratada con la Universidad de los Andes –CIFI, el 6 de junio de 2006, por un valor de \$1.159,6 millones.

El proyecto contratado incluyó los siguientes subproyectos:

- » Sistema de Gestión de Datos (SGD), o bodega de datos del SISPRO.
- » Aplicativos misionales, que incluyen el SISMED (Sistema de Información para el mercado de Medicamentos) y Registro Único de Afiliados - RUAF -Transaccional.
- » El Centro Táctico de Entrenamiento.

## » Capacitación y Gestión del Cambio Organizacional.

El Sistema de Gestión de Datos es el corazón del SISPRO, es decir, así se denomina a todo el sistema que facilita la obtención de los datos a partir de las fuentes, la extracción, transformación y cargue de los datos en la bodega, y, el diseño y disposición de la información a través de las herramientas que automatizan y facilitan los reportes, consultas y análisis de los usuarios de la bodega de datos.

A continuación se presentan en detalle cada uno de los componentes del SISPRO, destacando sus LOGROS durante 2006-2010.

### Sistema de Gestión de Datos - SGD

El Sistema de Gestión de Datos es el corazón del SISPRO, a través de éste se realizan los diferentes procesos que permiten integrar en la bodega de datos los datos provenientes de diferentes fuentes. Estos procesos se relacionan con la extracción, transformación y cargue de los datos en la bodega, el diseño y disposición de la información a través de las herramientas que automatizan y facilitan la consulta de reportes, para el análisis de los usuarios sobre la información disponible.

#### Funcionalidades actuales del sistema.

La bodega de datos del SISPRO (Sistema de Gestión de Datos – SGD) permite consolidar en un único repositorio los datos provenientes de diferentes fuentes de información, tales como: Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, Sistema de Información de Gestión de Hospitales Públicos – SIHO y Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI entre otros.

La construcción de la bodega de datos<sup>37</sup> del SISPRO ofrece dos elementos fundamentales para consultar y analizar sus datos: las dimensiones (o variables) y las medidas. Navegando a través de estos elementos se tiene la posibilidad de consultar reportes predefinidos o generar nuevos reportes, por ejemplo se puede consultar el número de cotizantes por tipo de aporte realizado a la protección social y sexo del cotizante según la fecha de pago, la medida: número de cotizantes puede ser analizada desde las variables (o dimensiones) de: tipo de aportes, sexo de las personas cotizantes y fecha en que se realizó el pago.

Actualmente en la plataforma del SISPRO dispuesta en el Ministerio (CTE) se tienen disponibles reportes generados a partir del cargue de datos de las fuentes: PILA, RUAF, RIPS, Encuestas de Calidad de Vida, Indicadores Socio-Demográficos e Información Financiera de los Fondos.

Los datos provenientes de las encuestas de calidad de vida y los indicadores socio-demográficos se constituyen en una información de referencia para los diferentes usuarios del SISPRO, ya que proveen información básica sobre las características socio-demográficas de la población colombiana, la cual es de utilidad para los diferentes análisis y revisiones que realizan las Dependencias del Ministerio. Estas consultas están disponibles en el portal del SISPRO (link <http://www2.sispro.gov.co/Paginas/Publicaciones.aspx>).

El Sistema de Gestión de Datos incluye un data mart para el procesamiento y consulta de las

37 Una bodega de datos es un proceso, no un producto. Es una técnica para integrar, consolidar y administrar grandes volúmenes de datos provenientes de diferentes fuentes con el propósito de responder preguntas de negocios y tomar decisiones.

Cuentas de Salud. A través de este data mart se realiza la sistematización del cálculo de los aportes del sector de la salud al Producto Interno Bruto Nacional -PIB, en la actualidad se han cargado los datos correspondientes al período comprendido entre los años 1993 y 2003, para un primer proceso de obtención automática de las cuentas de salud en Colombia, con base en la metodología desarrollada por Harvard e implementada en Colombia por el Ministerio de la Protección Social.

En la actualidad el SGD se encuentra en proceso de migración de la plataforma del Ministerio (Centro Táctico de Entrenamiento – CTE) a la plataforma del Centro de Datos del Estado – CDE, que ofrece características técnicas adecuadas para el almacenamiento y desempeño de esta gran bodega de datos. Este proceso de migración se está realizando por fuente, pudiendo en este momento ejecutar consultas relacionadas con la fuente PILA que incluye datos desde julio de 2005 hasta diciembre 31 de 2009<sup>38</sup>.

## Módulo Geográfico del SISPRO - SIG de la Protección Social

El SIG de la Protección Social es el componente espacial del SISPRO, el cual permite relacionar las variables, atributos e indicadores del sector de la protección social al espacio geográfico donde éstos se originan, ampliando las posibilidades de consulta y análisis de la información del SISPRO y en general del sector.

El módulo geográfico del SISPRO le agrega la dimensión espacial a la información disponible del sector, permitiendo identificar de forma inmediata tendencias, concentraciones, zonas desatendidas, factores externos que afectan variables por fenómenos de tipo geográfico, ubicación, acceso, clima entre otros que no pueden ser medibles y/o analizados más que con la integración de un Sistema de Información Geográfica.

### Funcionalidades del SIG de la Protección Social

El Módulo Geográfico del SISPRO es una aplicación Web a través de la cual se pueden visualizar espacialmente los datos que se carguen a la base de datos alfanumérica de este módulo, por componentes y procesos misionales. Esta aplicación incluye el respectivo módulo de cargue de datos (variables e indicadores), permitiendo que se carguen datos provenientes de fuentes diferentes al SISPRO.

## SISMED - Sistema de Información de Precios de Medicamentos

El Sistema de Información de Medicamentos - **SISMED** provee información para la regulación del mercado de medicamentos en el país. En la construcción de este sistema participan la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos conformada por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Comercio Exterior, el INVIMA.

### Funcionalidades actuales del Sistema

El Sistema de Precios de medicamentos fue construido con el propósito de apoyar a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos -CNPM en la regulación de precios en el mercado colombiano para este propósito se construyó el SISMED, con el alcance de registrar y mantener

38 En la actualidad se está en el cargue y procesamiento de los datos correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2010.

actualizada la información de los medicamentos que se comercializan en Colombia, recibir y registrar la información de precios de medicamentos, reportada por los distintos actores que intervienen en la cadena de comercialización de medicamentos unos reportando precios de venta, otros reportando precios de compra y recobro, brindar consultas de precios de medicamentos para los actores que participan en la regulación de los precios, brindar la disponibilidad de cargar precios de países de referencia y brindar mecanismos de comparación de precios a lo largo de la cadena de comercialización y generar propuestas de asignación de régimen para los medicamentos que no se regulen por oferta y demanda y seguimiento explícito por parte de la CNPM.

## Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF

El RUAF es la base de datos de la totalidad de la población Colombiana con información de afiliados a salud, pensiones, riesgos profesionales, compensación familiar, algunos programas de asistencia social y los datos del SISBEN, con cobertura nacional. Luego de su etapa de diseño, desarrollo y reglamentación se inició a finales del 2006 el cargue de la base de datos, se validó la información y se remitieron las inconsistencias a las diferentes administradoras para sus ajustes. Adicionalmente, se han realizado los desarrollos de los módulos de nacimientos, defunciones y registros de extranjeros. Los dos primeros efectuados en forma conjunta con el DANE para automatizar las certificaciones de nacimientos y defunciones en el país. Para estos módulos se encuentra en ejecución el plan de implantación masiva en las IPS a nivel nacional.

A partir del 2007 el RUAF ofrece información a usuarios internos y externos, a través de la página web: [www.sispro.gov.co](http://www.sispro.gov.co) sección “consultas RUAF”. La información disponible facilita el cumplimiento de los objetivos del RUAF que definió la Ley 797 del 2003, a saber:

- » Facilitar los procesos automatizados de afiliación y movilidad entre administradoras y subsistemas de la Protección Social.
- » Cumplir con la disposición consignada en el numeral a) del artículo 15 de la Ley 797 de 2003, es decir, permitir el acceso a los subsidios y servicios financiados con recursos públicos.

Igualmente se ha expedido la reglamentación para su operación: el Decreto 1637 de mayo de 2006, mediante el cual se dictan disposiciones para la organización y funcionamiento del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social; la Resolución 2358 de junio de 2006, en la que se determinan las especificaciones técnicas para el cumplimiento de la obligación por parte de las administradoras de reportar la información al Registro Único de Afiliados RUAF y se fijan los plazos para su entrega; la Resolución 2947 de agosto de 2006, Resoluciones 4168 y 4316 de noviembre de 2006 y Aclaración a la Resolución 4316 de diciembre de 2006.

Adicionalmente se dispone de un minisitio del RUAF, incorporado a la página web del Ministerio. Con corte a 30 de Abril de 2010, el siguiente cuadro ilustra la información contenida en el RUAF.

**Cuadro No. 177**  
**Registro RUAF**  
**Información a 30 de abril de 2010**

Componente	Cantidad	Total Registro Activos
Cajas de Compensación	48	12.489.068

Componente	Cantidad	Total Registro Activos
Pensiones	14	15.549.353
Riesgos Profesionales	15	5.344.235
Pensionados	35	1.177.433
Asistencia Social	14	39.785.580
Salud (Corte a marzo 2010)	Contributivo	18.136.635
	Subsidiado	20.778.867
TOTALES		113.260.867

Fuente: RUAF, 2010

### Modulo de Nacimientos y Defunciones- RUAF ND

El Ministerio de la Protección Social, de manera conjunta con el DANE y el SENA, viene adelantando el mejoramiento tecnológico del Registro de Nacimientos y Defunciones en el marco del RUAF, que consiste en la automatización del sistema de captura para los Certificados de Nacido Vivo y Defunción desde el generador del dato, a través de la Web, contando con un contingente para aquellas instituciones en las que su Internet es esporádico o nulo; a fin de desmontar de manera gradual los formularios en papel que actualmente se utilizan en el país. El país cuenta a partir del 2008 con un excelente instrumento de análisis con respecto al comportamiento de los hechos de Estadísticas Vitales. Con este instrumento se logra recoger y sistematizar información relacionada con los hechos vitales en principio con el número de Nacimientos y Defunciones ocurridos día a día y toda la información relacionada con cada evento.

De igual manera, permite organizar, estandarizar y tabular toda aquella información relacionada con las Estadística Vitales del país. Adicionalmente, el módulo ND facilita la información necesaria para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas de salud.

El proyecto inicia su Fase I denominada FASE DE PRUEBA en el año 2006 a 2007 en la cual se ensayó el aplicativo en todas sus funcionalidades, se instaló en el centro de datos del estado y se realizaron las pruebas de consistencia y concurrencia. De marzo de 2008 a octubre de 2008 se involucraron 11 IPS del país y se continuó trabajando con la Secretaría Distrital de Bogotá y se diseñaron e implementaron nuevos instrumentos los cuales fueron probados y ajustados.

A la fecha se han involucrado en la implantación masiva los siguientes registros por departamento:

**Cuadro No. 178**  
**Registro de Defunciones**

Registro de Defunciones por año hasta 09 de Abril de 2010				
Departamentos - Municipios - IPS	Año			
	Rótulos de fila	2008	2009	2010
Antioquia	118	868	388	1.374
Atlántico		15	271	286
Bogotá	1336	4.976	4.728	11.040
Bolívar		12	132	144

Registro de Defunciones por año hasta 09 de Abril de 2010				
Departamentos - Municipios - IPS	Año			
Rótulos de fila	2008	2009	2010	Total
Boyacá		23	192	215
Caldas		227	13	240
Córdoba		237	651	888
Cundinamarca	434	2.209	910	3.553
Huila		193	602	795
Magdalena		9	220	229
Nariño		1	72	73
Norte de Santander			19	19
Quindío		20	87	107
Risaralda		23	547	570
Tolima		42	189	231
Valle	3	97	600	700
Total General	1.891	8.952	9.621	20.464

Fuente: RUAf, 2010

### Cuadro No. 179 Registro de Nacimiento

Registro de Nacimientos por año hasta 09 de Abril de 2010				
Departamentos - Municipios - IPS	Año			
Rótulos de fila	2008	2009	2010	Total general
Antioquia	457	3.287	912	4.656
Atlántico		212	1.402	1.614
Bogotá	5.543	20.760	22.199	48.502
Bolívar		288	1.240	1.528
Boyacá		66	1.045	1.111
Caldas		673	6	679
Córdoba		887	2.287	3.174
Cundinamarca	1.317	6.317	2.033	9.667
Huila		599	2.400	2.999
Magdalena		100	1.535	1.635
Nariño		7	163	170
Norte de Santander		1	1.272	1.273
Quindío		50	183	233
Risaralda		102	2.075	2.177
Tolima		78	670	748
Valle	930	4.488	2.681	8.099

Registro de Nacimientos por año hasta 09 de Abril de 2010				
Departamentos - Municipios - IPS	Año			
Rótulos de fila	2008	2009	2010	Total general
Total general	8.247	37.915	42.103	88.265

Fuente: RUAF, 2010

## Conclusiones Generales:

Se han mencionado los avances de cobertura en los principales subsistemas de protección social, ello no hubiera sido posible sin la implementación de un nuevo mecanismo de pago en el sistema, la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA. La implementación de la PILA trajo consigo indudables beneficios, destacándose: mayores niveles de recaudo, facilidad para la realización del aporte, menores costos de transacción para las empresas (papelería, mensajería, etc.), información unificada de los contribuyentes, disminución de la evasión y entrada masiva de independientes (de 371 mil en junio de 2008 a 1.7 millones en junio de 2010). Por medio de la planilla cotizaron en promedio 8.7 millones de personas y se recaudó una cifra récord de casi \$30 billones en el año 2009.

También gracias a la PILA, ahora los trabajadores con condiciones especiales de aporte, tales como: empleados del servicio doméstico, trabajadores por días, madres comunitarias e independientes con bajos ingresos, pueden acceder al Sistema de Protección Social de forma más expedita. La flexibilidad y versatilidad de esta herramienta son clave para alcanzar las metas de cobertura que se propongan en los años venideros.

Es así como los resultados de la PILA, se evidencian, no solo en la cantidad de planillas liquidadas y pagadas, sino también por la cantidad de cotizantes y en los aportes que vienen haciendo a través de este sistema. Con respecto al número de cotizantes, se pasó de 3.5 millones de personas en enero de 2007, a 9.5 millones en junio de 2010. En el tema de los aportes se pasó de 1.1 billones de pesos a 2.8 billones para el mismo periodo.

## Logros:

El sector de la Protección Social cuenta actualmente con un sólido sistema de información con los siguientes logros principales:

- » Un sistema de información integrado para la toma de decisiones - SISPRO
- » Mas información oportuna y de calidad sobre aseguramiento en salud y en protección social - RUAF
- » Mas información oportuna y de calidad sobre aportes en salud y en protección social - PILA
- » Reducción de Trámites a los Ciudadanos en Pago de Aportes - PILA
- » Información sobre el Mercado de Precios de Medicamentos - SISMED
- » Información en Línea sobre Nacimientos y Defunciones - NDE RUAF
- » Información Oportuna sobre Cuentas en Salud de los Territorios - Cuentas Maestras por PISIS

## Caprecom

A continuación se presenta la gestión adelantada por Caprecom sobre el Sistema de Información:

### Cuadro No. 180 Sistema de Información Financiero (SEVEN ERP) 2006 - 2010

AÑO	GESTION
2006	<p>La plataforma Servidora Básica de Producción estaba conformada de la siguiente forma: (3 servidores; 1 Aplicación, 1 Reportes, 1 base de datos)</p> <p>Adicionalmente se creó un ambiente de Pruebas idéntico al de producción en el cual los usuarios líderes de cada uno de los módulos validaban las nuevas versiones de los programas antes de implementarlas en producción.</p> <p>Durante el transcurso de este año el Software fue implementado adicionalmente en 8 Regionales más para un total de 22 y lo operaban aproximadamente 250 usuarios a nivel nacional.</p>
2007	<p>Este año logramos un mayor afinamiento del Producto al Migrar a la Versión 12.2 de SEVEN – ERP y Actualizar a la Versión 2005 de SQLServer Enterprise.</p> <p>Actualización de toda la plataforma servidora del Aplicativo.</p>
2008	<p>En el transcurso de este año se realizaron varias actividades tendientes a lograr afinamiento de la Base de datos, Mejoras en las funcionalidades de programas, ajustes a la medida de algunos programas y reportes; se implementó el software en 5 Territoriales más para un total de 27, el software era operado por 450 usuarios aproximadamente.</p>
2009	<p>En el transcurso de este año se realizó una nueva actualización del Software Versión 12.2 “LINEA BASE” y se ajustaron a la medida reportes y programas, el sistema permaneció relativamente estable.</p> <p>Adicionalmente se incluyeron 2 Territoriales más para un total de 29, quedando pendiente solo las tres más pequeñas. También se incluyó la información financiera de aproximadamente 85 IPS a Nivel nacional, incluidas las del INPEC, por lo tanto el Software pasó a ser operado por 850 usuarios aproximadamente.</p>
2010	<p>Adicionalmente para este año se asignó un Servidor Backup para el Software Administrativo y Financiero Seven, el cual estará disponible y actualizado con las versiones de programas, reportes y Base de datos de Producción.</p> <p>También se asignó un Servidor que servirá para migrar de la versión 8 a la versión 2008 de Crystal report. Actualmente el Servidor está disponible y se está definiendo cronograma con el Proveedor del Software ERP y el Proveedor del Software manejador de Reportes, para su instalación, pruebas, ajustes e implementación en producción del manejador de reportes.</p>

Fuente: Caprecom. Oficina de Gestión Tecnológica e Informática

### Cuadro No. 181 Sistema de información para EPSS (Integr@ars) 2006-2010

AÑO	GESTION
2006	Definición de procesos para la contratación del software ARS.
2007	Adjudicación de la contratación del software ARS.
2008	<p>Puesta en producción de los módulos: Contratación de Red, Aseguramiento, Afiliación y Registro, Autorizaciones, PyP 7 Regionales implementadas con el aplicativo</p>
2009	<p>Puesta en producción de los módulos: Recobros, Servicio al Cliente, CTC, Garantía de la calidad 25 Regionales implementadas con el aplicativo</p>
2010	<p>Proyecto de implementación de las regionales faltantes. 27 Regionales implementadas con el aplicativo</p>

Fuente: Caprecom. Oficina de Gestión Tecnológica e Informática y EPSS

**Cuadro No. 182**  
**Evolución del Portal en Internet**  
**2006-2010**

AÑO	GESTION
2006	Página web institucional.
2007	Primera fase de análisis y aprobación del nuevo diseño y organización de la página web institucional de Caprecom.
2008	Segunda fase y puesta en producción del nuevo diseño de página web con un 80% de nivel administrable y contenidos mas actualizados. Inicio al cumplimiento de las metas trazadas por gobierno en línea con el cumplimiento parcial de las primeras dos etapas definidas en el decreto 1151 de 2008.
2009	Inclusión de los servicios para el ciudadano, desprendible de pago, certificado foncap. Procesos de actualización de información general y específica más periódica, de acuerdo a las necesidades de la entidad. Consulta y verificación de derechos de afiliados a régimen subsidiado afiliados a Caprecom. Rediseño web 2009 Cumplimiento al 92% de la fase de gobierno en línea ocupando el 2 puesto a nivel del Sector (Protección Social). Inclusión de los servicios al ciudadano, certificado de ingresos y retenciones. Redefinición del sistema 3047 acorde a las nuevas exigencias. Realización de actividades en línea con los ciudadanos (chat-foro).
2010	Mantenimiento de la calificación obtenida, y actualización permanente de las bases de datos de los aplicativos actuales relacionados con EPS y Prestaciones económicas. Realización de actividades en línea con los ciudadanos (chat-foro).

Fuente: Caprecom. Oficina de Gestión Tecnológica e Informática

Caprecom pasó en el periodo del 2006 al 2010 de ser el número 26 en la calificación dada por gobierno en línea en el 2006 a ser número 2 en el año 2010, dando cumplimiento a las tres fases de la política de estado en promedio del 98%.

Apoyando el proceso de implementación de gobierno en línea Caprecom ha venido desarrollado servicios en línea, pasando de 0 en el año 2006 a 20 en el presente año.

**8.1.2. Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión**

En cumplimiento de las disposiciones del Gobierno Nacional para implementar las Normas Técnicas de Calidad NTCGP 1000:2004 y MECI 1000:2005, desde el año 2006, el Ministerio de la Protección Social dio continuidad al proceso de diseño, desarrollo e implementación de herramientas de gestión para el mejoramiento continuo de los procesos de la Entidad.

Con la implementación se viene garantizando que los procesos operen en el marco de los requisitos establecidos por las citadas normas y en el cumplimiento de los objetivos y estrategias institucionales que para tal fin se encuentran en el Plan Estratégico y planes de acción de la Entidad.

Durante el período 2006-2010 se ajustó y documentó el Sistema de Gestión de Calidad, así mismo se han diseñado y documentado los elementos del Modelo Estándar de Control Interno, generado estrategias de sensibilización y socialización en los mencionados temas, adelantado procesos de formación de auditores internos de calidad, contando hoy con 59 funcionarios certificados.

Una vez preparada la Entidad y con el fin de conocer el estado del Sistema de Gestión de Calidad desde el año 2008, se llevaron a cabo ciclos anuales de auditorías internas de calidad que han generado planes de mejoramiento.

Paralelamente en el año 2009 y previo un proceso de selección, se contrató a la firma auditora Bureau Veritas para que realizara a finales del año 2009 la preauditoria externa al Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad.

Con la gestión adelantada por los líderes de proceso durante los primeros meses del 2010 se logró un nivel de implementación del 100%, lo que permitió que la firma certificadora realizara durante los días 26, 27, 28 y 29 de abril de 2010 la auditoria de certificación al sistema de gestión de calidad del Ministerio de la Protección Social, bajo los requerimientos de la norma NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008.

La auditoría externa tuvo cobertura en las oficinas ubicadas en Bogotá, Direcciones Territoriales (Magdalena, Atlántico, Cundinamarca, Valle, Risaralda, Antioquia, Meta, Santander y Norte de Santander) e Inspecciones (Chia, Palmira, Dosquebradas, Rionegro y Granada).

Surtido el proceso y previo cumplimiento de los requisitos, la firma procedió a recomendar la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad del Ministerio de la Protección Social bajo los requerimientos normativos de NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008, bajo el siguiente alcance: “Formulación, coordinación y adopción de las políticas, planes, programas y proyectos del sector salud y trabajo e inspección, vigilancia y control del sector laboral en el Ministerio de la Protección Social”

### **Integración Sistemas**

Para efectos de cumplir la misión y objetivos institucionales y en concordancia con los principios de eficiencia, agilidad, eficacia y economía que les son propios a la Entidad, a través de la Resolución No. 3167 del 28 de agosto de 2009, se articularon los Sistemas de Desarrollo Administrativo, Control Interno y Gestión de Calidad y sus diferentes instancias y estrategias, en el denominado Sistema Integrado de Gestión.

Lo anterior, permitió la articulación del direccionamiento estratégico, políticas y procesos para lograr el cumplimiento de las normas que le son aplicables, los objetivos institucionales y los requerimientos de nuestros clientes.

### **8.1.3 Sistemas de atención al ciudadano**

#### **Ministerio de la Protección Social**

Dentro de los principales logros del Ministerio de la Protección Social en el último cuatrienio se destacan:

El diseño e implementación de un menú temático con submenús, lo cual permite a los usuarios del Ministerio que se comunican a través de Call Center recibir información en temas específicos. Se puede acceder a información sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, trámites ante el Ministerio de la Protección Social, servicio doméstico, salario mínimo, aportes a la seguridad social, pago de los aportes a través de la PILA y pago de aportes por planilla electrónica y planilla asistida.

El Ministerio cuenta con un sistema de asignación de turnos desde el año 2006, mediante el cual se organiza la atención de los usuarios que acuden personalmente a consultar por la ventanilla de Atención.

En la página Web del Ministerio se incluyó el Link de Preguntas Frecuentes a través del cual los ciudadanos pueden obtener respuestas frente a competencias del Ministerio en caso de violación de los derechos laborales, clase de contratos, pago de salarios, derechos de los trabajadores, afi-

liación al Sistema de Seguridad Social, fórmulas para liquidar las prestaciones sociales, medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, subsidio al desempleo, cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado y desplazamiento y discapacidad, entre otros temas.

De igual forma, se creó en la página Web del Ministerio el minisitio “Atención al Ciudadano”, con el fin que los ciudadanos tengan la posibilidad de acceder de manera rápida a información sobre trámites y servicios, normas expedidas por el Ministerio y cartillas sobre temas como servicio doméstico, pensiones, Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, derechos y deberes en el trabajo y Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila).

Como uno de los mecanismos de comunicación con el usuario del Ministerio, existe el buzón de Sugerencias, Quejas y Reclamos, a través del cual la ciudadanía manifiesta sus opiniones, inconformidades, necesidades y expectativas, estas son clasificadas temáticamente y se elabora un informe trimestral, con el fin de analizar y adoptar las acciones de mejora pertinentes.

Así mismo, el Ministerio fue incluido como una de las 20 entidades prioritarias del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano (PNSC), cuyo propósito es incrementar la confianza de los ciudadanos en el Estado, mediante el mejoramiento de su relación cotidiana con las entidades de la administración pública nacional. Este programa es liderado por el DNP con el apoyo del BID.

En el marco del PNSC se inscribió y aprobó ante el Departamento Nacional de Planeación el Proyecto de Inversión denominado “Implementación de mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación del servicio al ciudadano”. Esto significa que por primera vez el Grupo de Atención al Ciudadano cuenta con recursos propios para implementar acciones de mejoramiento en la atención a los usuarios.

Como un mecanismo para medir la satisfacción de sus usuarios, el Ministerio implementó la Encuesta de Atención al Usuario la cual se tabula y analiza semestralmente a nivel nacional (en las 30 direcciones territoriales y en el nivel central). Los resultados obtenidos de la medición de la satisfacción de los usuarios de la entidad durante el periodo 2009 – 2010 fueron 94% y 98% respectivamente, confirmando la eficacia de las acciones que se vienen adelantando por el Ministerio en pro de mejorar el servicio prestado.

### Fondo de Previsión Social del Congreso Fonprecon

Hechos fundamentales de índole diversa caracterizaron los resultados de la gestión del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República en estos cuatro años.

Los esfuerzos se canalizaron hacia la razonabilidad de los estados financieros, la depuración de las cuentas y la aplicación de la ley de saneamiento contable, la organización de grupos internos de trabajo que enfrentaron tareas cruciales como la recuperación de cartera y los procesos de afiliación, recaudo e historia laboral, la unificación de la plataforma tecnológica y la modernización de la Entidad en máquinas y herramientas de cómputo, la modificación de la estructura administrativa y la planta de personal y la aprobación del cálculo actuarial por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Amén de estas actividades, Fonprecon enfrentó con suficiencia la defensa de los intereses del Estado, aún a riesgo de la propia integridad personal, pues quien antecedió al actual Director, hubo de ser detenida por negarse a conceder una pensión que no correspondía en términos de Ley y que sin embargo era ordenada por un juez de la República.

Los procesos de contratación fueron abiertos y públicos, la comunidad fue informada por la Entidad sobre la gestión adelantada en audiencias de rendición de cuentas, en donde fueron ex-

puestos los diferentes temas relativos a la gestión y se sometió a la consideración de la ciudadanía sus resultados.

Fueron sustanciales los avances en la conformación de la información tanto misional como de apoyo que permite al Fondo reportar oportunamente y con calidad los requerimientos de los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Financiera de Colombia, DNP, DAFP, DIAN y la Contaduría General de la Nación.

La capacitación del talento humano, otrora casi nula, hoy responde a un plan elaborado bajo análisis de competencias y siguiendo las necesidades funcionales de la Entidad que actúa por procesos, consecuente con los ordenamientos de la norma de Calidad, bajo la cual FONPRECON está certificada y que es consecuencia de casi tres años de serios esfuerzos colectivos.

Estos han sido sintéticamente los alcances de la gestión en los cuatro años precedentes y, también de manera resumida, se desarrollan a continuación:

Es de resaltar que por primera vez, la Contraloría General de la República feneció la cuenta fiscal de FONPRECON por la vigencia 2008, hecho que evidencia el cumplimiento cabal de las actividades referidas a la gestión misional, contractual, presupuestal, a la razonabilidad de los estados financieros, a la evaluación del sistema de control interno y al cumplimiento de los compromisos consignados en el plan de mejoramiento que FONPRECON suscribió con ese ente de control.

Por estos resultados, la Contraloría clasifica a la Entidad en el cuadrante D 22 que corresponde a una opinión Favorable con Observaciones, según la matriz que el órgano de control dispuso para la evaluación de las entidades auditadas y que se convierte en el primer fenecimiento de cuenta en la historia de la Entidad.

Otro hecho trascendente, lo reviste la certificación de calidad que el Instituto Colombiano de Normas Técnicas – ICONTEC emitió a nombre de FONPRECON, luego de haber superado las condiciones relativas a la Preauditoría y a la Auditoría de Calidad, que dicha entidad practicó entre octubre y diciembre de 2009. La certificación de Calidad es el resultado de más de dos años de preparación de FONPRECON en cada uno de los requisitos contenidos en las normas NTCGP 1000:2004 e ISO 9001:2008.

Como resultado de estas Auditorías, el ente certificador expidió oficio de fecha 30 de diciembre de 2009, con el cual señala "... concepto favorable por parte del equipo auditor" sobre la certificación de calidad de FONPRECON.

El 9 de marzo de 2010, en sesión realizada con la presencia de todos los servidores de la Entidad, el ICONTEC en cabeza su Director Ejecutivo doctor Fabio Tobón Londoño, hizo entrega a FONPRECON de las certificaciones que la acreditan como Entidad que cumple los términos de las normas de Calidad ya mencionadas.

Luego de cumplir los trámites normativos ante el Ministerio de la Protección Social, el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, el Programa de Renovación de la Administración Pública - PRAP, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría Jurídica de la Presidencia, el Gobierno Nacional ordenó la modificación de la estructura del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, al expedir el Decreto 3992 del 16 de octubre de 2008, publicado en el Diario Oficial 47145 del 17 del mismo mes y año.

Este decreto establece la siguiente estructura para FONPRECON

1. Consejo Directivo
2. Dirección General
  - 2.1. Oficina Asesora Jurídica
  - 2.2. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
3. Subdirección de Prestaciones Económicas
4. Subdirección Administrativa y Financiera
5. Órganos de Asesoría y Coordinación
  - 5.1. Comisión de Personal
  - 5.2. Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno

Con la misma fecha del decreto de modificación de la estructura, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 3993, “por el cual se aprueba la modificación de la Planta de Personal del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República”, compuesta por tres cargos en el despacho del Director General y cincuenta cargos de la Planta Global.

Los cambios en el número de cargos y su clasificación de acuerdo con los niveles jerárquicos, se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 183**  
**Comparación Planta de Personal Anterior Vs Aprobada**

NIVELES	PLANTA VIGENTE		PLANTA PROPUESTA		Variación Porcentual por niveles
	No. cargos	%	No. cargos	%	
Directivo	2	3,6	3	5,7	50.0
Asesor	2	3,6	3	5,7	50.0
Ejecutivo	7	12,5	0	0,0	- 100.0
Profesional	11	19,6	18	34,0	63.6
Técnico	9	16,1	11	20,8	22.2
Asistencial	25	44,6	18	34,0	- 40.0
TOTAL	56	100,0	53	100,0	- 5.4

*Fuente: Fonprecon - Grupo Interno de Talento Humano*

De acuerdo con los datos del cuadro anterior, se deduce:

- » La disminución total en el número de cargos, al pasar de 56 a 53, equivale al 5.4%.
- » Los empleos del nivel ejecutivo desaparecen en su totalidad y en el nivel asistencial se disminuyen en el 40%. En los demás niveles hay aumentos en el número de cargos que van del 50% en el Directivo y Asesor, 22.2% en el Técnico y 63.6% en el Profesional.
- » El nivel profesional pasa de una participación del 19.6% al 34.0%. El nivel técnico también incrementa su participación del 16.1% al 20.8% y en cuanto al nivel asistencial, disminuye del 44.6% al 34.0%.
- » Esta nueva composición de la planta, aun cuando no es la ideal, refleja una mejoría en cuanto a que, al reducirse la participación del nivel asistencial, se posibilita la oportunidad de mejores perfiles en los cargos, aprovechando las competencias del talento humano disponible.

Con el propósito de organizar el trabajo en la Entidad, se crearon los grupos internos de cartera y afiliación e historia laboral cuya función es trascendente para el cumplimiento de los procesos misionales y de apoyo, además de la conformación de aquellos referidos a Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Talento Humano y Bienes y Servicios.

Así mismo, de manera progresiva la Entidad avanza de manera favorable en la medición del Índice de Transparencia Nacional que realiza la Corporación Transparencia por Colombia.

En efecto, mientras que en 2002, la Entidad registró una calificación de 40.37 que la ubicó en el nivel de riesgo denominado “Muy Alto” y en 2003 la calificación de 49.43 la dejó en el mismo nivel, en 2004 y 2005 se ascendió al nivel de riesgo “Medio” con 65.93 y 64.53 respectivamente.

La medición del ITN 2007 - 2008, fue de 70.4 perteneciente al riesgo Medio muy cerca del nivel Moderado de riesgo.

La Corporación medirá el índice 2009, para lo cual el Fondo diligenció completamente y transmitió en abril de 2010, el formulario diseñado por esa Entidad, con lo cual espera mejorar el resultado anterior que lo ubique en riesgo Bajo.

En 2005 el Fondo elaboró el diagnóstico referido al ámbito tecnológico, el cual permitió identificar las condiciones de hardware, software, mantenimientos y proyecciones hacia la modernización tecnológica.

Dicho documento permitió acometer acciones inmediatas conducentes a la reposición de equipos de cómputo de funcionarios y contratistas, actualizar y mejorar la condición de los aplicativos disponibles y unificar la plataforma tecnológica hacia un motor de base de datos único que permita consistencia en la información y seguridad en las operaciones de la Entidad.

A mediano plazo, el Fondo preparó y presentó a consideración del Ministerio de la Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda, un proyecto de inversión conducente al análisis, diseño, desarrollo e implementación del sistema integral de información, el cual fue aprobado en todas las instancias requeridas y asignados los recursos para su ejecución, sin conseguir su contratación, dado que las firmas participantes en la licitación no cumplieron las condiciones previstas en los pliegos de condiciones.

Paralelamente, la Entidad realizó las siguientes actividades:

- » Adquirió dos servidores que cumplen la condición de equipos principales y los anteriores se dispusieron como máquinas de respaldo.
- » Dotó de equipos nuevos al 90% de los funcionarios de la Entidad
- » Adecuó las instalaciones del centro de cómputo y reemplazó en el rack la tecnología hub por tecnología switch.
- » Adquirió un firewall para implementar mecanismos de seguridad informática
- » Contrató servicios de custodia externa de información relevante
- » Diseñó y desarrolló el módulo de afiliación e historia laboral
- » Contrató nuevas funcionalidades al aplicativo de nómina de pensionados

Es de destacar la construcción de la historia laboral de los afiliados en pensión a FONPRECON, base de datos que no existía en la Entidad, registra la depuración y cargue de la información

correspondiente a los años 1999 – 2010. La historia laboral debe ser el instrumento fundamental para definir el reconocimiento de las pensiones.

Adicionalmente, la calificación que realiza el Ministerio de las TIC y el Ministerio de la Protección Social, sobre el avance de la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea a Diciembre de 2009, ubica a FONPRECON con el 100% en las fases de Información, Interacción y Democracia; las fases de Transacción y Transformación se encuentran en 92% y 28% respectivamente, con lo cual se alcanza un consolidado del 76%. El consolidado del sector de la Protección Social llegó al 65%, es decir, FONPRECON está 9 puntos porcentuales por encima de la media del sector, mostrando un avance y compromiso con el tema que lo han puesto en los primeros lugares, en un lapso de dos años.

Comprometida con un eficaz, eficiente y oportuno servicio, la Entidad desarrolló y puso en marcha 4 servicios en línea dirigidos a los usuarios del Fondo, relacionados con la entrega de certificados de pensión, de ingresos y retenciones, de semanas cotizadas y desprendibles de pago; con lo anterior, los usuarios pueden acceder, mediante el uso del internet, desde cualquier lugar del país o fuera de el, en cualquier hora a estas certificaciones que son de permanente demanda por parte de ellos. En el primer bimestre de 2010, FONPRECON puso en marcha del servicio de mensajes de texto a teléfonos celulares, para acercar a los usuarios a una comunicación efectiva e inmediata.

Se destaca en el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, la consolidación de procesos internos, cuyos resultados se enuncian a continuación:

A partir de la creación de la jurisdicción coactiva (Resolución 1540 de 2004) y por el fortalecimiento de la vía persuasiva, el recaudo consolidado de cartera presentó los siguientes resultados:

**Cuadro No. 184**  
**Recuperación de Cartera**  
(Valores en Millones de pesos)

AÑO	VALOR
2006	20.876,2
2007	32.803,3
2008	56.823,7
2009	47.614,9
2010 Abril	8.049,0
TOTAL	166.167,1

*Fuente: Fonprecon - Grupo Interno de Tesorería*

Con anterioridad a estas actuaciones, el Fondo había recuperado \$ 1.750 millones en 2004 y \$ 8.369 millones en 2005.

Las reservas pensionales de invalidez, vejez y sobrevivencia se triplicaron entre 2006 y abril 13 de 2010; las cifras correspondientes a este período, se indican a continuación:

## Cuadro No. 185 Reservas Pensionales

(Valores en Millones de pesos)

AÑO	VALOR
2006	86.261
2007	129.913
2008	197.824
2009	278.719
2010 (Abril )	286.298

*Fuente: Fonprecon - Grupo Interno de Tesorería*

Los siguientes son los resultados de la medición del sistema de control interno realizados por el ente de control para las vigencias 2006 a 2009:

## Cuadro No. 186 Informe Contraloría 2006-2010

COMPONENTE	2005	2006	2007	2008
Ambiente de Control	0,44	0,04	0,72	0,14
Valoración de Riesgos	0,73	0,36	0,21	0,13
Actividades de Control	0,24	0,24	0,40	0,29
Monitoreo	0,46	0,00	0,69	0,10
Información y Comunicación	1,10	1,28	1,14	0,10
Resultados	0,64	0,38	0,63	0,78
Evaluación Cualitativa	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO

*Fuente: Informes Contraloría General de la República*

En conclusión, durante estos cuatro años, el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, consolidó sus procesos internos, mejoró sustancialmente la conformación de sus bases de información y con ellas la reportabilidad a los entes externos; estos resultados le permitieron solidez en sus estados financieros, mejoramiento y efectividad en su capacidad de cobro, en las mediciones de control interno y de Transparencia y un crecimiento importante en sus reservas pensionales, hechos que le permitieron el logro del fenecimiento de la cuenta fiscal y la acreditación como ente certificado en Calidad, bastión de una Entidad pensada hacia la eficiencia, la transparencia y la efectividad de sus procesos.

## Superintendencia del Subsidio Familiar

La Superintendencia del Subsidio Familiar está desarrollando desde la vigencia 2007 el proyecto “Mejoramiento del sistema de información de la Superintendencia del Subsidio Familiar para efectuar la inspección, vigilancia y control hacia los entes vigilados a nivel nacional”.

El sistema de información se encuentra soportado por la herramienta de trabajo colaborativo Microsoft Office SharePoint, que a su vez funciona sobre una plataforma de alta disponibilidad y redundancia fabricada por Microsoft y HP.

Los datos son almacenados en bases de datos Microsoft SQL Server.

Adicionalmente se han adquirido algunos sistemas ya desarrollados y maduros en el mercado como lo son:

- » Aplicativo de Contratación NEON. Desarrollado por la empresa MEGASOFT LTDA.
- » Aplicativo de Gestión de Calidad ISOLUCION. Desarrollado por la empresa LEGIS S. A.
- » AVANCE JURÍDICO (publicaciones en medio electromagnético sobre legislación y jurisprudencia colombiana). Desarrollado por la empresa AVANCE JURÍDICO CASA EDITORIAL LTDA.

La Superintendencia del Subsidio Familiar viene desarrollando acciones encaminadas al cumplimiento de la normatividad vigente para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno. A continuación los logros obtenidos a la fecha en ese sentido:

- » Diagnostico, diseño, planeación, implementación, verificación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.
- » Documentación y modificaciones generando nuevas versiones del Manual de Calidad, Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Indicadores y Mapa de Riesgos, como documentos base del Sistema Integrado de Gestión.
- » Ajuste de los formatos a fin de lograr unos mejorados y más completos.
- » Fusión del MECI y el SGC como un Sistema Integrado de Gestión.
- » Adquisición, cargue y capacitación del software ISOLución como herramienta integral para la administración, gestión y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma NTCGP 1000:2004 y apoyo para la implementación del MECI.
- » Realización de auditorías internas de calidad y de gestión a la totalidad de los procesos de la entidad y activación de la mejora correspondiente.
- » Normalización de la Administración del Riesgo de la entidad y gestión del Mapa de Riesgos en los módulos Mejoramiento (Acciones Preventivas) y Riesgos de ISOLución.
- » Medición y análisis de los indicadores de las familias riesgos y procesos y activación de la mejora correspondiente.

Existe en la Superintendencia del Subsidio Familiar el Grupo de Atención e Interacción con el Ciudadano como un grupo de apoyo de la Secretaria General, que atiende las peticiones, quejas, reclamos y consultas de los ciudadanos a través de los diferentes canales establecidos para ese propósito.

Adicionalmente cuentan con una oficina de atención personalizada ubicada en la calle 45 A No. 9-46 en donde los ciudadanos pueden acudir y presentar sus peticiones, quejas, reclamos y consultas de una manera eficiente y eficaz a los ciudadanos, cuenta con un aplicativo en Lotus Notes en ambiente web interactivo, que permite disponer de toda la trazabilidad de las peticiones así como las estadísticas al segundo de las mismas. Una de las metas principales es cero tutelas por términos, para las cuatro vigencias dicha meta ha sido cumplida cabalmente y no se ha presentado ninguna tutela que tuviera su origen en incumplimiento de los términos de ley en la respuesta a las peticiones. En desarrollo de los criterios establecidos para el cumplimiento a cabalidad de la estrategia Gobierno en Línea, particularmente el señalado en la fase de transformación en línea “ORIENTACIÓN AL CIUDADANO.

## Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Desde 2006 y después de identificar pérdida de vocación en el servicio (barreras de acceso, ausencia del servicio de farmacia e inexistencia de tecnología para brindar servicios de salud seguros), la entidad inicia un proceso de mejora continua y de acuerdo al Artículo 32 de la Ley 1151 de 2007 “Plan Nacional de Desarrollo” la Junta Directiva del Centro Dermatológico aprobó el Plan de Gestión “Apertura y Vitalidad Institucional” 2009-2010, donde se contempla, entre otros, el “Maximizar el Servicio Farmacéutico”, y dentro de las estrategias por desarrollar se establecen: (i) la aplicación de procesos de precalificación de laboratorios farmacéuticos, y hasta de productos, para garantizar la calidad de los medicamentos y afines que se dispensan, y (ii) la selección de opciones comerciales mediante subasta inversa electrónica, que garantice no solo los principios de la función administrativa sino la obtención del mejor precio <sup>39</sup>.

En consecuencia el Centro Dermatológico realizó el 18 de septiembre de 2009, la primera subasta inversa electrónica, obteniendo resultados favorables para la adquisición de productos y medicamentos con un valor inferior al 40% en relación a los precios de compra del año inmediatamente anterior. De esta manera, se empieza a materializar la Estrategia Integral de Medicamentos en el marco del Sistema de Garantía de la Calidad y los precios de lista al público están el 5% por debajo del mercado, para favorecer a los usuarios en general.

Respecto al sistema de seguridad y acto médico y paramédico, se desarrolló una cultura de seguridad y minimización del riesgo para usuarios internos y externos, con el mejoramiento continuo de los resultados clínicos, desarrollándose 20 guías de medicina basada en la evidencia, manual de bioseguridad, plan de gestión integral de residuos hospitalarios, gestión de tecnología biomédica, sistema de calidad interno y externo del laboratorio clínico y de dermatología, sistemas de vigilancia de eventos adversos, de farmacovigilancia y tencovigilancia.

En relación con la GESTIÓN AMBIENTAL, conscientes de la necesidad de cuidar el medio ambiente, la entidad dio continuidad al proyecto, priorizando la identificación de aspectos e impactos ambientales significativos, resultados de las actividades que realiza en general y para ello, suscribió un contrato con la empresa CONTROL AMBIENTAL, quienes efectuaron el análisis isocinético de la planta eléctrica, balance de agua y uso eficiente del recurso hídrico. Igualmente la compañía CODIAGUAS, diseño la separación de redes (sanitarias, lluvias y residuales) de las instalaciones.

Para dar cumplimiento a la norma internacional ISO 14001:2004, el Centro Dermatológico suscribió el contrato con la firma SOL & SER, quienes desarrollaron la planificación que contiene definición de aspecto e impacto ambiental; metodologías de identificación de aspectos e impactos ambientales, manejo de sustancias químicas y la asesoría para la elaboración del plan de manejo ante emergencias. De esta manera, el Centro Dermatológico logra avanzar y cumplir con el primer módulo tendiente a obtener la certificación en Gestión Ambiental.

Respecto al Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios, la Dirección General y el equipo directivo, han demostrado su compromiso frente al adecuado manejo de los residuos y la sensibilización a todo el personal tendiente a reducir tanto como sea posible los riesgos que para la salud de los usuarios internos, usuarios externos, la comunidad y el medio ambiente, que se derivan del inadecuado manejo de los diferentes tipos de residuos que aquí se generan, en especial de aquellos residuos que por su carácter infeccioso, propiedades químicas o físicas presentan un alto riesgo.

39 Con la promulgación del Decreto 147 de 1999 se genera la liberación de precios para los productos farmacéuticos, y debe ser el mismo mercado farmacéutico quien se auto regule

El Centro ha sido clasificado por la empresa recolectora de residuos infecciosos ECOCAPITAL INTERNACIONAL S. A. ESP como pequeño generador de residuos contaminados con un promedio diario de 8 Kilogramos. Los residuos no peligrosos están en promedio en 42 Kilos día.

En lo que respecta a emisiones atmosféricas, estas no se generan en nuestra institución, ya que no se cuenta con incineradores, ni con tecnologías que generen este tipo de residuos.

Finalmente, y atendiendo el contenido del artículo 28° del Decreto 4741 de 2005, se realizó la solicitud de inscripción en el registro de generadores de residuos peligrosos ante el IDEAM en aspectos relacionados con residuos (biosanitarios, anatopatológicos, cortopunzantes, lámparas, raes, cts, residuos químicos, medicamentos vencidos baterías, etc.)

La experiencia registrada en el Banco de Éxitos del DAFP y vigente a la fecha, permite conformar el sistema de información y atención al usuario –SIAU para desarrollar diferentes mecanismos de escucha de la voz del usuario: a) Centro de Contactos (encuestas de satisfacción y seguimiento-adherencia), b) sistemas de quejas y sugerencias, c) grupos focales, d) sala interactiva, e) asociación de usuarios, entre otros. Dos módulos de información, página web, carteleras, parrilla de televisión en salas de espera, folletos informativos y educativos, periódico – TEGUMENTUM, etc. Otro aspecto relevante ha sido la eliminación de barreras de acceso (cita telefónica y vía internet), y la reducción de tiempos de espera en los distintos momentos de verdad como la atención en cajas en menos de 10 minutos.

Mediante el programa ESCRITO EN LA PIEL, que emite el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta los domingos a las 11 a.m., en el canal uno, ha logrado una mayor afluencia de pacientes y personas interesadas en el cuidado de su piel. Así mismo, ha contribuido al fortalecimiento de la imagen institucional consolidándolo como un ente científico responsable, confiable y comprometido con la salud cutánea de los colombianos.

Las investigaciones que se realizan al interior de la entidad también han sido puestas en conocimiento del público a través de Escrito en La Piel. El programa ha facilitado la divulgación de estudios realizados en enfermedades como Leishmaniasis y Hansen y otros avances científicos, en los cuales la entidad es pionera, logrando un gran impacto social.

El programa Escrito en La Piel también se ha convertido en una fuerte estrategia de promoción y prevención en salud, el cual ha logrado un rating entre las 350.000 y 400.000 personas por emisión.

El modelo pedagógico del Centro Dermatológico, se basa en la autoconstrucción del individuo como fuente de desarrollo. Durante los últimos años se han formado 60 Dermatólogos, que corresponde al 21% de los egresados en el país.

COLCIENCIAS ha reconocido dos grupos de investigación en categoría C y D, los cuales están estructurados específicamente en dos líneas así:

## Cuadro No. 187 Líneas de Investigación

LÍNEA DERMATOLOGÍA TRÓPICAL
Clasificación D por el Sistema de Ciencia y Tecnología de COLCIENCIAS:
Enfermedad de Hansen
Leishmaniasis
Micosis
LÍNEA DERMATOLOGÍA GENERAL
Clasificación C por el Sistema de Ciencia y Tecnología de COLCIENCIAS
Cáncer de Piel
Fotobiología
Fármaco-epidemiología
Acné

*Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta*

El 87% de los proyectos de investigación han tenido impacto social (mejora de procesos, guías de medicina basada en evidencia, transferencia de tecnología, calidad de vida de la población) y se han establecido algunos convenios de cooperación con centros de investigación a nivel nacional e internacional.

El Centro Dermatológico cuenta con el campo de práctica para el Postgrado en Dermatología suscrito con la universidad CES, allí también rotan los residentes de dermatología de la Universidad Nacional y Universidad Militar Nueva Granada; los residentes en otras especialidades médicas de la Universidad Nacional, Pontificia Universidad Javeriana y Fundación Universitaria Ciencias de la Salud; estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario y estudiantes de bacteriología de la Pontificia Universidad Javeriana y Colegio Mayor de Cundinamarca.

Dentro de los proyectos que se desarrollaron en el último año, se destaca el Fellow de dermatopatología con el CES, y el Campo de práctica para Postgrado en Dermatología UNISANITAS, radicado en Octubre/09 al Ministerio de Educación Nacional.

De acuerdo al artículo 8 de la Resolución 2378 de 2008, emitida por el Ministerio de la Protección Social se realizó la verificación al plan gradual para dar cumplimiento a las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos, y se atendió la visita por parte del INVIMA obteniendo algunas observaciones que quedaron subsanadas en el comité científico.

### Instituto Nacional de Salud

Durante el periodo comprendido entre los años 2006 -2010, se ha venido implementando el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), con actividades de capacitación en Sistemas de Gestión, Auditorías Internas de Calidad y en MECI. Se definió la política de calidad, los objetivos, y se realizó la documentación de los procesos estratégicos, misionales, de soporte y los de medición.

En el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de marzo de 2010, el Sistema de Atención al Ciudadano, a través de la página web del INS, atendió y orientó las preguntas realizadas por los usuarios dando respuesta al 100% de las solicitudes.

En el cuadro No. 188, se presenta la investigación científica en salud y biomedicina que se realizó a partir de la formulación, evaluación por pares y ejecución de proyectos de investigación.

En promedio desde el año 2006 hasta el mes de marzo de 2010 se han ejecutado 44 proyectos de investigación interdisciplinarios y en cooperación con entidades nacionales e internacionales y proyectos de investigación en los que solo participa el INS.

**Cuadro No. 188**  
**Investigación, Ciencia y Tecnología**  
**2006-2010**

PROYECTOS EN EJECUCIÓN	2006	2007	2008	2009	2010
Total en ejecución	37	44	45	52	44
Entidades Nacionales	24	25	29	32	29
Entidades Internacionales	11	13	7	13	7
Instituto Nacional de Salud	2	6	9	7	8

*Fuente: Instituto Nacional de Salud.*

**Cuadro No. 189**  
**Publicaciones Científico-Técnicas**  
**Julio 2006 a marzo 2010**

PUBLICACIONES CIENTÍFICO - TÉCNICAS	2006	2007	2008	2009	2010
Protocolos de Investigación enviados a convocatorias	20	8	26	12	4
Publicaciones en revistas indexadas nacionales	22	27	28	21	8
Otras Publicaciones y documentos técnicos (IQUEN, Libros, Manuales)	12	19	36	45	14

*Fuente: Instituto Nacional de Salud.*

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 a 31 de diciembre de 2009, el Instituto Nacional de Salud suscribió aproximadamente 80 convenios de cooperación científica y tecnológica con entidades Nacionales e Internacionales, entre ellos:

- » Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas, CIDEIM
- » Universidad Nacional de Colombia
- » Universidad Distrital “Francisco José de Caldas”
- » Universidad Juan N. Corpas
- » Instituto Carlos III de España
- » Departamento Nacional de Planeación (DNP)
- » Universidad de los Andes
- » Marina de los Estados Unidos
- » Renal Therapy Services (RTS)
- » INVIMA

## Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

En el marco del fortalecimiento institucional, el ICBF durante el cuatrienio ha diseñado, implementado y certificado el Sistema de Gestión de la Calidad para la totalidad de procesos y puntos de atención del ICBF. En 2006 se recibe la primera certificación de calidad bajo la norma NTC ISO 9001:2000, para el proceso Administrativo de Protección y Adopciones en 4 Regionales (2006). Posteriormente, en diciembre 19 de 2008 se obtuvo a través de ICONTEC el Certificado de Calidad bajo la norma técnica ISO 9001:2000 en la Dirección Nacional y 13 Regionales. Finalmente, en marzo 11 de 2009, se amplió la certificación bajo la norma NTCGP 1000: 2004 para las mismas 13 regionales y la Dirección Nacional y el 21 de octubre de 2009 se otorgó la ampliación a la certificación bajo la norma ISO 9001:2000 y NTCGP 1000:2004 por el ICONTEC a las 20 regionales restantes, con lo cual todo el ICBF queda certificado.

El ICBF con la convicción de la importancia que conlleva evaluar su accionar, ha promovido y apoyado financiera y técnicamente el desarrollo de evaluaciones e investigaciones sobre los resultados de sus programas. Entre estas cabe resaltar la evaluación de impacto del programa de formación y atención a la primera infancia realizada por la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes; la Evaluación de resultados del programa “Ayatajirawa” realizada por la Universidad del Cauca; la evaluación de impacto del programa de mejoramiento de vivienda de hogares comunitarios en Cartagena, Bolívar realizada entre el Instituto de Estudios Fiscales de Londres y Sistemas Especializados de Información y finalmente, se destaca la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN, que se encuentra en curso.

Finalmente y en búsqueda del fortalecimiento institucional, el ICBF efectuó una reorganización mediante el Decreto 117 de 2010. Este proceso es un claro ejemplo del compromiso del Gobierno y del ICBF frente al futuro del País, ya que estos cambios institucionales permiten a la entidad enfrentar los grandes retos que tiene con una mayor capacidad de planeación, acción, articulación, evaluación y mejoramiento continuo.

## Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia realizó el Desarrollo e Implementación del proyecto Sistema de Control del Juego de Apuestas Permanentes en Línea y Tiempo Real; esta herramienta permite conocer el valor de las apuestas de chance en el momento en que se realizan y ejercer un mejor control a las transferencias para salud por parte de los concesionarios que tienen a su cargo la operación del juego, en los diferentes departamentos del país.

Adicionalmente, se consolidó la modernización de la plataforma e infraestructura tecnológica de la Superintendencia en su nueva sede, garantizando el cubrimiento de las necesidades de redes de datos, equipos para usuario final, dispositivos de digitalización e impresión, así como, equipos de alta disponibilidad para el procesamiento, almacenamiento y aseguramiento de datos.

La Superintendencia Nacional de Salud, una vez implementado del Sistema de Gestión de Calidad; contrató con la firma SGS Colombia, la auditoría del Sistema, una vez realizada dicha auditoría, la mencionada entidad certificadora, otorgó la Certificación de la Superintendencia Nacional de Salud en la Norma Técnica de Calidad NTC-GP 1000:2004 y en la Norma Técnica ISO 9000 versión 2000.

Adicionalmente, se adquirió el aplicativo MEJORAMISO, el cual permite realizar la administración del Sistema de Gestión de Calidad y MECI de la entidad.

Igualmente se diseñó e implementó un Sistema de Mando Integral, que permite administrar el sistema de Planeación de la Superintendencia, incluyendo: el Plan Estratégico, los Proyectos de

Inversión, El Plan Anual de Gestión y la Cuenta de que se presenta a la Contraloría General de la Nación.

Con la expedición de la Norma Técnica NTC-GP 1000:2009, la Superintendencia está realizando los ajustes y actualizaciones necesarias al Sistema de Gestión de calidad, a sus procesos y procedimientos y demás instrumentos técnicos, para obtener en el presente año la Recertificación de su sistema.

En desarrollo de la política de racionalización de trámites y procedimientos administrativos, se expidió la Resolución No. 831 de 2009, “Por medio de la cual se ordena la creación del Comité Antitrámites y de Gobierno en Línea de la Superintendencia Nacional de Salud”, con el objeto de dar un manejo a la estrategia Antitrámites y de Atención Efectiva al Ciudadano, en conjunto con el liderazgo, la planeación e impulso a la Estrategia de Gobierno en Línea.

### **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA**

El modelo de gestión adoptado por el INVIMA, permitió la acreditación de los laboratorios de Alimentos bajo la norma ISO 17025/2005, por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio acreditación que valida las técnicas aplicadas en el instituto, bajo un sistema de gestión de calidad con reconocimiento internacional.

El INVIMA fue auditado por la Organización Panamericana de la Salud obteniendo una calificación Nivel III en escala de I a IV, logrando afianzar no solo el posicionamiento en el ámbito sanitario de la región sino el reconocimiento internacional del estatus sanitario de Colombia, factor clave para la competitividad.

Dentro del Índice de Transparencia Nacional, el INVIMA ocupa el primer lugar en la clasificación dentro de las de las instituciones del sector de la Protección Social con un cumplimiento del 81%.

En el cuatrienio 2006-2010 con el propósito de fortalecer los controles, obtener una información actualizada de los medicamentos que contienen sustancias de control especial que son distribuidos a nivel nacional, se suscribió un convenio interadministrativo entre INVIMA y Fondo Nacional de Estupefacientes para el diseño y desarrollo de un servicio Web que el Fondo tenga acceso directo a la base de datos de registros sanitarios, certificados de buenas prácticas de manufactura e información de Farmacovigilancia que posee el Invima.

De otra parte, se dio prioridad a los siguientes desarrollos tecnológicos: adecuación del aplicativo “Automatización de Registros Sanitarios” para la implementación de la firma digital en la expedición y notificación de algunos trámites; desarrollo del aplicativo “Inspección Sanitaria en Puertos” para la solicitud, pago y generación de certificados en los pasos de primera barrera; adquisición y puesta en marcha del aplicativo de gestión documental para la digitalización de documentos asociados a trámites sanitarios para operación y consulta a través de la red; actualización del aplicativo de registros, correspondencia y peticiones, quejas y reclamos; desarrollo del aplicativo para remisión de archivos electrónicos de trámites generados por el INVIMA con destino a la Cancillería para agilizar el trámite de consularización (Apostillé). Finalmente, se desarrollaron las fases 1 y 2 del “Proyecto de desarrollo y puesta en marcha del Sistema de Información de apoyo a las actividades de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), con el fin de contar con una herramienta que permita la toma de decisiones de manera oportuna para quienes ejercen estas funciones en el INVIMA y otras entidades del Estado Colombiano.

En el periodo objeto de análisis, el Instituto desarrolló el servicio de Internet WEB SERVICE con el fin de dar información detallada de acuerdo con los requerimientos de cada entidad, facilitando la consulta de información en tiempo real las 24 horas del día durante todo el año. De igual forma ejecutó el proyecto para dotar a la entidad de un sitio Web renovado, que permita el contacto permanente y acceso de la información al ciudadano con la posibilidad de interactuar con de los diferentes trámites y servicios que se ofrecen a través del sitio Web.

Con el fin de reconocer la percepción del ciudadano y los usuarios vigilados sobre las acciones del INVIMA, se aplicó una encuesta por parte de la firma IPSOS - NAPOLEON FRANCO a 401 ciudadanos y 201 vigilados. Los resultados indican que la satisfacción del usuario es alta (74%). Para la población en general, prima las recomendaciones en materia de vigilancia y control sobre los productos objeto de la acción por parte del Instituto; para las empresas vigiladas, son las medidas que se deben tomar para mejorar las actividades asociadas con la cadena productiva.

En cuanto a la Estrategia de Gobierno en Línea, el INVIMA obtuvo un puntaje de 100/100 en las fases de Información, Interacción y Transacción, ocupando el segundo lugar entre 17 Entidades del Sector de la Protección Social. La gestión del INVIMA en conectividad y optimización de trámites, aportó al reconocimiento de la ONU a Colombia: primer lugar en Latinoamérica en el ranking de Gobierno Electrónico.

Durante el cuatrienio se realizó asesoría y asistencia técnica a los Departamentos de Boyacá, Cauca, Antioquia, Arauca, Caldas, Risaralda, Norte de Santander, Vichada, Huila, Magdalena, Tolima, Meta, Quindío, San Andrés, Chocó, Guajira, Casanare, Cesar, Caquetá, Sucre, Atlántico, Valle del Cauca, Córdoba, Nariño y Santander. La población objetivo fue de 1.000 personas, de las Direcciones Territoriales de la Protección Social, Direcciones de Salud y Redes de Participación Departamentales, Veedores Sociales y Líderes Comunitarios.

Se elaboró el documento para fortalecer los procesos de asesoría y asistencia técnica en Participación denominado “Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social”, con el fin de orientar a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud sobre el proceso de afiliación y sus derechos.

En el marco de la Ley 489 de 1998 que define el Plan de Formación para el Control Social, se realizaron 3 talleres con la participación de los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Cesar, Guajira, Magdalena, Sucre, San Andrés Islas, Antioquia, Cauca, Nariño, Chocó, Risaralda, Quindío, Caldas, Valle, Guaviare, Amazonas, Putumayo, Vichada, Arauca, Caquetá, Vaupés, Guainía, Casanare, Boyacá, Huila y Tolima.

Se llevaron a cabo encuentros de capacitación sobre la Política de Participación Social dirigidos a las Asociaciones de Usuarios de EPS del Régimen Subsidiado, los funcionarios de las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales de Nariño y Guajira, las redes departamentales, las oficinas SIAU y SAC.

En el marco del Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública, establecido por la Ley 489 de 1998, se realizaron 3 videoconferencias para realizar el seguimiento a la gestión en participación y control social con la participación de la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones de Salud, las Direcciones Territoriales de Protección Social y representantes de las diferentes asociaciones de usuarios, de igual forma en coordinación con las entidades que participan en el Plan Nacional de Formación se publicó el módulo 7 de la serie documentos de consulta, “Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social”, el cual forma parte del curso de autoformación virtual desarrollado por la Universidad Nacional.

Se creó y desarrolló el minisio de participación social y desarrollo territorial, el cual cuenta con información sobre control social y descentralización muni-cipal, así como con un espacio para acoger sugerencias y recomendaciones suministradas por las instituciones y comunidad en general.

En coordinación con la Secretaria de Salud Bogotá y la Red de Veedurías del Distrito, se realiza el proceso de concertación de la propuesta de modificación del Decreto 1757 de 1.994.

Durante este periodo se crearon los Comités de Participación del Sector Productivo, con el fin de lograr una interacción como órganos de participación y socialización entre el INVIMA y el sector productivo en la implementación, ejecución de las políticas y regulación sanitaria establecida por el Gobierno Nacional. Los Comités representan los productos que a la fecha son objeto de vigilancia.

En desarrollo del proceso de Farmacovigilancia se elaboró el Manual de Vi-gilancia y Control de Productos Farmacéuticos para las entidades territoriales, y se actualizó el Vademécum Colombiano de Plantas Medicinales que incluye 130 plantas con actividad farmacológica de uso en Colombia. De manera conjunta con el Mi-nisterio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial se expidió la Resolución sobre uso de los Clorofluorocarbonados –CFC como propelentes en la industria farmacéutica. De otra parte, el Invima adelantó acciones de coordinación y monitoreo del Programa Interlaboratorios de Control de Calidad de Agua Potable – PICCAP - con el fin de asegurar la idoneidad y fiabilidad de los laboratorios que efectúan este tipo de análisis.

Durante este periodo se realizó el Convenio marco inter-administrativo de cooperación celebrado entre el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que tiene por objeto crear y desarrollar un sistema articulado de coordinación, cooperación y colaboración interinstitucional entre las Entidades, para optimizar procesos administrativos y técnicos, con el fin de facilitar la expedición de los Registros Sanitarios, los conceptos de Condiciones Sanitarias y Permisos Sanitarios de comercialización y demás trámites que correspondan para los productos elaborados tanto por el SENA, a través de sus centros de formación, como para los pequeños empresarios y los microempresarios, en el territorio nacional, de igual forma brindar asesoría, capacitación y asistencia técnica a los entes territoriales en estos temas.

## 8.2. Apoyo Territorial

### 8.2.1 Asistencia técnica para la descentralización

En aplicación de la Ley 715 de 2001 y Decreto 3003 de 2005, se realizó el proceso de evaluación de los Municipios Descentralizados y de acuerdo con la metodología concertada con los departamentos y Direcciones del Ministerio se evaluaron las áreas de Dirección y de Prestación de Servicios.

Una vez evaluados los municipios descentralizados durante los años 2006 al 2008, a la fecha 453 municipios continúan manejando la competencia en prestación de servicios a la población pobre no afiliada.

Dentro del Proceso de Asistencia Técnica en descentralización se logró asistir a los 17 departamentos que presentaban debilidades en los indicadores de evaluación. Se proporcionó asistencia a los departamentos de Boyacá, Cundinamarca, Amazonas, Atlántico, Meta, Tolima, Huila, Caldas, Bolívar, Nariño, Chocó, Sucre, Santander, Casanare, Cesar, Guajira y Caldas.

Así mismo, se adelantó el acompañamiento a los departamentos de Antioquia, Cauca, Córdoba, Chocó, Casanare, Cesar, Guainía, Meta, Quindío, Risaralda, Valle, Santander, Guajira, y Tolima. Estas intervenciones beneficiaron a 652 funcionarios representantes de los equipos técnicos departamentales, de las Secretarías de Hacienda Departamentales y de las Contralorías Departamentales.

Dentro del marco del Plan de Gobierno y en cumplimiento al plan de acción y las competencias establecidas para la entidad, se priorizaron los departamentos de Boyacá, Tolima, Sucre, Casanare, Norte de Santander, Chocó, Risaralda, Valle, Huila, Bolívar y Santander.

Igualmente en el año 2008, se realizaron capacitaciones dirigidas a nuevas autoridades territoriales de alcaldías, los secretarios de salud y los equipos técnicos departamentales en Descentralización y Municipalización de la Salud, en Metodología para Evaluación de Municipios, Planeación Territorial, y Finanzas Territoriales, los eventos se realizaron en Bogotá y Cartagena y fueron beneficiadas 1.387 personas.

En el año 2010 las capacitaciones realizadas en descentralización, finanzas, planeación y participación social a Casanare, Norte de Santander, Huila, Boyacá, Choco, Risaralda, Valle, fue dirigida a una población objetivo en promedio de 800 personas correspondientes a funcionarios de las Gobernaciones, Alcaldías, Secretarías de Salud, Asesores en Salud, Interventores del Régimen Subsidiado, Empresas Sociales del Estado y Representantes de la Comunidad.

En cuanto a la formulación y difusión de la metodología de evaluación de la capacidad de gestión de los municipios certificados, una vez revisadas las evaluaciones definitivas de los municipios de los departamentos de Tolima, Chocó, Antioquia, Norte de Santander, Nariño, Cesar, la Guajira, Caldas, Bolívar, Córdoba, Quindío, Valle, Santander, Cauca, Risaralda, Huila, Boyacá y Meta, se realizaron requerimientos a través de los departamentos en aquellos municipios que presentaron deficiencias en los informes.

En este cuatrienio se proporcionó asistencia técnica y capacitación a los entes territoriales en temas relacionados con: planes de salud, operación y funcionamiento de los fondos de salud, competencias territoriales teniendo en cuenta la normatividad vigente (Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Ley 1176 de 2007), reordenamiento de las fuentes de financiación del sector, participación ciudadana y lineamientos para la evaluación de la capacidad de gestión de los municipios descentralizados.

Así mismo, en lo referente al manejo de los Fondos de Salud por parte de las entidades territoriales, se procedió a establecer claridad en aspectos tales como el manejo de los recursos financieros y a definir los instrumentos y la periodicidad para el reporte de la información del manejo de los recursos de la subcuenta del régimen subsidiado (Resoluciones 991, 1021 y 1453 de 2009).

Se elaboró el Documento “Sistema de Protección Social – Componente Territorial” para fortalecer los procesos de asesoría y asistencia técnica en descentralización, el cual consta de tres partes: Sistema de Protección Social, Planeación Territorial y Finanzas Territoriales.

Se dio apoyo en procesos de reglamentación en descentralización conjuntamente con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, las Direcciones de Gestión de la Demanda, Calidad de los Servicios y Salud Pública, se desarrollaron actividades de monitoreo y seguimiento a los recursos del Sistema General de Participaciones, se expidieron las resoluciones Nos. 3042 de 2007, 0991 de 2009, 1021 de 2009 y 2369 de 2009, con el fin de definir la organización y funcionamiento de los Fondos de Salud, operación de las cuentas maestras y avanzar en el tema del seguimiento a los recursos a través de estas últimas.

En coordinación con el Departamento Nacional de Planeación y las direcciones técnicas del Ministerio de la Protección Social, se expidió el Decreto 4973 de 2009 “Por el cual se establece los requisitos y procedimientos para la certificación de la asunción de la prestación de los servicios”, desarrollando de esta forma la facultad reglamentaria que estableció la Ley 1176 de 2007.

En el marco del Plan de Gobierno, y en cumplimiento al plan de acción y las competencias establecidas para la entidad y en coordinación con la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se implementaron actividades de monitoreo, seguimiento y control a los recursos del sistema general de participaciones en los municipios de Carmen de Bolívar (Bolívar), Tumaco (Nariño), Tolú Viejo (Sucre), el departamento de Sucre, el departamento de Nariño y el municipio de Achí en el departamento de Bolívar.

En coordinación con la Oficina de Comunicaciones se preparó, consolidó y se publicó el resultado de la rendición de cuentas del periodo 2008 y 2009.

El Ministerio participa en este periodo como invitado en la Comisión Intersectorial del Formulario Único Territorial FUT, el cual es una herramienta para recolectar información sobre ejecución presupuestal de ingresos y gastos, y demás información oficial básica, para efectos del monitoreo, seguimiento, evaluación y control de las entidades territoriales.

Las entidades del nivel territorial presentarán el Formulario Único Territorial a través del Sistema Consolidador de Hacienda e Información Financiera Pública (CHIP), administrado por la Contaduría General de la Nación al cual accederán las Entidades del orden nacional que ostenten la calidad de usuario estratégico del sistema, y el Banco de la República.

El Ministerio de la Protección Social se considera un usuario estratégico del Sistema CHIP, como encargado de definir los requerimientos de información necesaria para la toma de decisiones de política macroeconómica financiera, social o ambiental y se encuentra en definición el análisis de la información propia del sector con el fin de realizar los ajustes y el seguimiento que se considere necesario.

En coordinación con las Direcciones Técnicas se realizó ajuste al Formulario Único Territorial, así mismo la capacitación para su manejo y la implementación del seguimiento del presupuesto a través de este instrumento.

## 8.3 Cooperación y Relaciones internacionales

### Relaciones Multilaterales:

Dentro de estas, cabe destacar la de la Organización Internacional del Trabajo – OIT.

El 3 de junio al 19 de junio de 2009, en Ginebra-Suiza, se realizó la 98ª. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo que integró una delegación tripartita. El Gobierno Nacional presenta un informe relacionado con sindicalistas y líderes sindicales, sobre avance de las investigaciones en los casos priorizados, sentencias condenatorias y móviles de homicidios; el Programa de Protección a Sindicalistas, y el nuevo Plan Especial de Recompensas, que ha permitido esclarecer homicidios contra líderes sindicales y sindicalistas.

En el orden del día de la Conferencia se debaten temas sociolaborales. La Oficina de Cooperación preparó el material de apoyo para la participación de la señora Viceministra (E) Ana Lucía Noguera y el señor Ministro, Diego Palacio Betancourt, quienes asistieron en representación del Gobierno, en las diferentes comisiones de la Conferencia.

Colombia en su calidad de Estado Miembro de la Organización Internacional del Trabajo-OIT- y conforme al artículo 22 de su Constitución, debe presentar una memoria anual sobre las medidas que haya adoptado para poner en ejecución los convenios a los cuales se haya adherido. Estas Memorias serán redactadas en la forma que indique el Consejo de Administración y deberán contener los datos que se soliciten. En cumplimiento del mandato constitucional se coordinó y presentaron 19 memorias de convenios ratificados. Igualmente, conforme al artículo 19 de la citada Constitución, se presentó una memoria de convenio no ratificado. Así mismo, se coordinó y se presentaron 9 respuestas por denuncias por faltas de aplicación de convenios ratificados y 55 respuestas a los casos de denuncias por presuntas violaciones a la libertad sindical ante la OIT.

Desde 1985 a la fecha, se ha citado a Colombia en la Comisión de Aplicación de Normas de la Conferencia Internacional del Trabajo, en 18 oportunidades, por los Convenios No. 87, sobre libertad sindical y derecho de sindicación y No. 98, sobre derecho de sindicación y negociación colectiva.

Se ha señalado en el seno de la Comisión “...la persistencia de un número de importantes y profundas discrepancias entre la ley y la práctica, por una parte, y las exigencias del Convenio núm. 87, por la otra...”.

En tres oportunidades (años 1989, 1990 y 2001) la Comisión decidió mencionar a Colombia en un Párrafo Especial de su Informe por violaciones o desconocimiento de los citados convenios.

A partir de 2002, no obstante haber sido citado en cinco oportunidades, la Comisión de Normas de la Conferencia no ha proferido párrafos especiales, por el contrario, se señaló a Colombia como un caso en progreso, en donde los índices de violencia contra sindicalistas y líderes sindicales han disminuido significativamente y se han proferido importantes modificaciones que adecuan la legislación interna a los convenios en materia de libertad sindical, conforme a las reiteradas observaciones de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones.

En el Informe publicado en febrero de 2010, la Comisión señaló: La Comisión reconoce todas las medidas -de carácter práctico y legislativo- que el Gobierno ha venido adoptando en el último período en la lucha contra la violencia en general y contra el movimiento sindical, y comprueba una disminución de los asesinatos de sindicalistas de 2008 a 2009, así como de la violencia en general”.

Así mismo señaló: “La Comisión valora los compromisos concretos del Gobierno expresados en una comunicación que el Gobierno entregó a la misión que visitó el país en octubre de 2009”.

La Comisión Especial de Tratamiento de Conflictos CETCOIT, fue creada en el año 2000 a través de Acuerdo en la Comisión de Concertación Permanente de Políticas Salariales y Laborales. La CETCOIT se encarga de atender los conflictos suscitados en las materias reguladas por los convenios de la OIT ratificados por Colombia, en relación a los temas de libertad Sindical y está integrada por nueve miembros, representantes, del sector de empleadores, organizaciones sindicales y Gobierno.

En noviembre de 2008, en el marco de Ronda 8, el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria, aprobó el proyecto denominado “Uso de la inteligencia epidemiológica con participación social, para fortalecer la gestión del programa, mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y ejecutar intervenciones eficaces para la prevención y control de la malaria” por un valor de 30 millones de euros.

Del 18 al 27 de mayo de 2008, se llevó a cabo en Ginebra Suiza, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, evento en el cual el Ministerio de la Protección Social estuvo representado por el Señor Embajador Angelino Garzón, Jefe de la Misión Permanente de Colombia ante la Oficina de Naciones Unidas y Organismos Internacionales. El tema central de la Asamblea de la Salud fue: “El impacto de la crisis financiera y económica en la salud”. De igual manera, se revisaron los avances en la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y se realizó un monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la situación mundial referente a la Pandemia de Influenza.

El 13 de junio de 2008 se suscribió el Acta de Acuerdo sobre el Plan de Trabajo 2008 – 2009, el cual se enmarca de una parte en el Acta de Acuerdo de la Estrategia de Cooperación y Portafolio de la Cooperación Social para Colombia, suscrita en septiembre de 2006 y el adendum suscrito en octubre de 2007. Mediante este se adicionó una línea de trabajo para desarrollar acciones en el marco de la Seguridad Alimentaria y de otra en el Plan Operativo Anual del Ministerio y el Plan Nacional de Salud Pública.

Colombia participó en la III Reunión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración del Comité Ejecutivo de la OPS, llevada a cabo del 11 al 13 de Marzo de 2009, en Washington DC, en la cual se aprobó el Plan estratégico 2009 – 2013 de la OPS y el presupuesto anual 2009 de la misma Organización.

Durante los días 12 y 13 de marzo del presente año en el marco del Plan Integrado de Desarrollo Social PIDS de la CAN, se realizó en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, un taller presencial para la evaluación y aprobación de los tres proyectos sociolaborales: Red Andina de Oficinas de Empleo; Certificación de Competencias y Homologación de Titulaciones Técnicas; y Formación de recursos humanos en MYPES y PYMES.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia realizó el evento “V Conferencia Regional Andina sobre Empleo” realizada en Cartagena de Indias, durante el 15 y 16 de febrero de 2010, y cuyo tema central fue: “Mercado Laboral Andino ante la Crisis Económica”, contando con la participación de delegaciones de los Ministerios de Trabajo de Bolivia, Ecuador, Perú y Brasil como país invitado.

En el área de la salud el ente coordinador es el Organismo Andino de Salud el cual hace parte del Sistema de Integración Andina.

En la Cumbre de Brasilia, en mayo de 2008, nació la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y se aprobó el documento: “Lineamientos para el Plan de Acción 2008 – 2009, que comprende las futuras líneas de acción de los países de la región, así: Escudo Epidemiológico Sudamericano, Desarrollo de Sistemas Universales de Salud Acceso Universal a Medicamentos; Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales; Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos. Los Ministros y Ministras de Salud de los países de UNASUR, reunidos el 28 de Noviembre de 2008 en Río de Janeiro, resolvieron aprobar la propuesta para el establecimiento del Consejo de Salud Suramericano (UNASUR SALUD) y el Plan de Trabajo de la Agenda Suramericana de Salud, con los temas antes mencionados.

En concordancia con lo anterior, los países andinos, incluidos Colombia, coordinados por el Organismo Andino de Salud han contemplado dentro del **Plan Estratégico 2009 – 2012** y el Plan Operativo Anual 2009, las líneas de trabajo antes mencionadas.

La XXX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina- “REMSAA”, se celebró en Lima, los días 26 y 27 de marzo de 2009.

Durante la XXIX REMSAA se aprobaron Resoluciones, relacionadas con las áreas temáticas que viene trabajando el Organismo Andino de Salud- ORAS-CONHU, entre las cuales se destacan: la aprobación de la Política Andina de Medicamentos, temas relacionados con algunos Determinantes Sociales y Promoción de la Salud, se continúa con el trabajo del Plan Andino de Salud en las Fronteras, Articulación de los Sistemas de Vigilancia y Respuesta, Implementación de la Red Andina de Institutos de Salud Pública o sus Homólogos a Nivel Nacional, Desarrollo y Fortalecimiento de la Evaluación de Tecnología Sanitaria en la Subregión Andina, Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, Plan Andino de Salud y Economía 2008 – 2009.

Colombia propuso y se aprobó la inclusión del tema de discapacidad como línea de trabajo para los países del Área Andina con el lema: “Discapacidad: Inclusión y compromiso de todos.”

*EUROSOCIAL* es un programa de cooperación técnica de la Unión Europea que intenta contribuir a la promoción de la cohesión social en América Latina a través del fortalecimiento de políticas públicas y de la capacidad institucional para gestionarlas. Su método principal de trabajo es el intercambio de experiencias, conocimientos y buenas prácticas entre administraciones públicas europeas y latinoamericanas en cinco sectores prioritarios: justicia, educación, salud, fiscalidad y empleo.

Así mismo, se realizó en Colombia, el Seminario Internacional sobre medidas regulatorias para garantizar el acceso equitativo y sostenible a los medicamentos esenciales, con la participación de Argentina, Uruguay, Perú, Honduras, Guatemala, Panamá, Chile, y México.

### Relaciones Bilaterales:

Durante el período 2008 – 2009, el Ministerio de la Protección Social ha suscrito convenios de cooperación en salud, con organizaciones de diferentes países, situación que se puede observar en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 190**  
**Convenios en Salud**

PAIS COOPERANTE	INSTRUMENTO DE COOPERACION	OBJETO/FINALIDAD	FECHA
Organismo Andino de Salud	Convenio suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Proyecto PAMAFRO.	Con el objeto de combatir la Malaria en zona de frontera.	Suscrito el 10 de julio de 2008.
NICE Inglaterra	Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido – NICE.	Colaborar con temas de evaluación de tecnologías sanitarias, economía de la salud, construcción de prácticas medicas entre otros.	Suscrito el 31 de enero de 2009.
República Popular de China	Convenio Interinstitucional de Cooperación entre la administración Estatal de Medicina Tradicional de la República Popular de China y el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia.	Intercambio de experiencias Medicina Tradicional	16 de febrero de 2009

Fuente: MPS – Oficina Asesora de Cooperación y Relaciones Internacionales

## Acciones Adelantadas en Zonas Fronterizas

### Frontera Colombia – Perú.

Mayo 11 de 2007 Leticia – Amazonas: Con la participación del Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Cultura, Ministerio de Comercio, DIAN, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaria de Salud Departamental Amazonas, Cuerpo diplomático del Perú, Secretaria de Salud del Perú (Loreto), delegación de Cámara de Comercio Perú y Colombia, Autoridades Locales, se realizó una reunión de especial importancia para el país, por cuanto en ella se definió las acciones que en materia de salud, desarrollarían las secretarías de salud departamentales del Amazonas, Putumayo y Secretarías de Salud de Perú en zona de frontera, en el corto y mediano plazo. El Ministerio de la Protección Social, presentó un acuerdo donde aprueban los criterios de distribución de los recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito –ECAT- asignados para el fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias en la vigencia 2007. El acuerdo cubre los departamentos de Amazonas, Putumayo entre otros.

### Frontera Colombia – Panamá.

Con Panamá, en octubre de 2006, se realizó Reunión de la Comisión Técnica Binacional de Salud en Medellín, con el fin de definir y establecer estrategias para la puesta en marcha del Acuerdo de Cooperación Técnica y la propuesta del Plan de Trabajo 2005 – 2007, en los temas de Análisis situación de salud- ASIS- en frontera, reforzar programas PAI, fortalecimiento de red de servicios de salud locales, mejoramiento de infraestructura y capacitación; así como el fortalecimiento de la red de comunicaciones de frontera.

En el mes de mayo del 2007 dentro del marco del TCC – Colombia – Panamá, denominado “Prevención de la Violencia en Entornos Urbanos” , se realizó la visita de funcionarios panameños (Ministerio de Desarrollo y Salud), a Colombia para observar la experiencia en el desarrollo de políticas y planes locales para prevenir y reducir la violencia en sus diferentes formas, en especial en la ciudad de Bogotá, experiencias adelantadas por el Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo de Bienestar Social DABS y Secretaria Distrital de salud del Distrito.

### Frontera Colombia – Ecuador.

Los compromisos pactados en la XV Reunión plenaria de la Comisión de Vecindad celebrada en abril de 2006, en Quito, hacen referencia a los proyectos que conformarán el Plan de Desarrollo de la Zona de Integración fronteriza, que en el área de la salud corresponden a: 1.- Vigilancia y prevención de eventos de interés en Salud Pública (Proyecto de cooperación técnica entre Ecuador y Colombia para fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, plaguicidas y calidad de agua). Este TCC fue financiado por los Gobiernos de los dos países y las Representaciones de las OPS de Ecuador y Colombia y se encuentra en ejecución. Finaliza el 31 de diciembre de 2007. 2.- Proyecto de fortalecimiento del sector salud ante emergencias y atención a población desplazada – refugiada. Este proyecto se encuentra formulado a nivel de perfil, y en proceso de concertación con los departamentos de Nariño y Putumayo. 3.- Gestión Proyecto de fortalecimiento de vigilancia de la calidad del agua en los sistemas de agua del cordón fronterizo

## Frontera Colombia – Brasil.

### Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

Se realizaron gestiones de coordinación para la participación de la Secretaria de Salud del Amazonas en el Proyecto Gestión en salud y ambiente: un abordaje ecosistémico para el enfrentamiento de la malaria en la amazonia. La Unidad ejecutora es la fundación Oswaldo Cruz – Fio-cruz – Brasilia, el objetivo del proyecto fue la generación de gestión sobre problemas incluyendo una experiencia demostrativa, teniendo como propuesta un abordaje ecosistémico y la participación institucional de Colombia en el desarrollo operativo del proyecto apoyando al equipo de investigadores del Brasil durante el trabajo de campo, además de brindar apoyo logístico para el desplazamiento a las comunidades.

En desarrollo del TCC Colombia – Brasil – Perú, a finales del 2008, se desarrollaron dos talleres, uno para la implementación de la Metodología MOPECE ((Módulos de Principios de epidemiología para el Control de Enfermedades) de la OPS, y el segundo para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.

A finales del 2009 y ante la necesidad de generar iniciativas conducentes a la aplicación del Reglamento Sanitario, se realizó un taller en Santa Marta, relativo a inspección de buques y navíos dirigido a inspectores sanitarios, con la participación de expertos de Brasil y Perú.

Con relación al área de VIH/Sida, en 2007-2008 se presentó un proyecto de **prevención en VIH en la frontera Leticia-Tabatinga-Santa Rosa con una inversión de R\$ 22.500,00.**

Se firmó entre los países un proyecto que incluye la creación de tres bancos de leche Humana para Colombia ubicados en las ciudades de Medellín, departamento de Antioquia, Bogotá, D.C. en la Localidad de Kennedy y en la ciudad de Ibagué departamento del Tolima.

Dentro del fortalecimiento institucional y con el ánimo de mejorar las acciones de las Oficinas internacionales de los Ministerios de Salud de Brasil y de la Protección Social de Colombia, se acordó el intercambio de experiencias entre los funcionarios de ambos ministerios, para lo cual se realizó una visita de un funcionario de Colombia a Brasil, donde se intercambiaron experiencias

Se realizó la visita programada por parte de técnicos colombianos del Instituto Nacional de Salud y de las Fuerzas Militares de Colombia a Brasil, con el ánimo de realizar un convenio de apoyo técnico entre los dos países.

En el 2009, se realiza una segunda visita por parte de funcionarios del Instituto Nacional de Salud y conjuntamente con el Instituto Oswaldo Cruz – Fio-cruz – plantean un convenio para el apoyo a la parte colombiana en el diagnóstico prematuro de la Leishmania, en convenio ya fue firmado por el Ministro de Salud de Brasil y el Ministro de la Protección Social de Colombia

### Reino de España

Con la Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI- en el año 2006, se presentaron a consideración del Ministerio de Trabajo y Previsión Social de España y se aprobaron dos proyectos a saber: “Diseño de sistemas de productividad y promoción de derechos fundamentales en el trabajo para poblaciones trabajadoras vulnerables” y “ Fortalecimiento e Implementación de programas de generación de empleo, formas asociativas de trabajo y economía solidarias para la población en situación y condición de desplazamiento forzoso”. Durante el último trimestre del año 2006, recibimos la visita de dos expertos españoles, quienes desarrollaron los proyectos,

con las Direcciones Generales de Protección Laboral y Promoción Social del Ministerio de Protección Social de Colombia.

Para el Primer Trimestre del año 2007, se aprobaron los siguientes proyectos:

- » “Cooperación y asesoría técnica para elaboración de una guía metodológica para la implementación del programa de empleo protegido en población en situación de discapacidad en Colombia”
- » “Actualización y Modificación del Manual Único de Calificación de Invalidez Decreto 917 de 1999”.
- » “Diseño de un Sistema de inspección de trabajo Inteligente”.

Estos proyectos se ejecutaron en el segundo semestre del 2007, una vez seleccionados y asignados los expertos para el desarrollo de los temas por parte del gobierno español.

Durante el año 2008, se recibió apoyo por parte del Gobierno de España, en el desarrollo de dos proyectos:

- » “Asistencia técnica y capacitación para el fortalecimiento de mecanismos o espacios de diálogo social, que contribuyan a la solución de conflictos colectivos de trabajo, la concertación de políticas laborales y el mejoramiento de las relaciones laborales.”.
- » “Construcción de un Modelo con servicios de protección e intervención psicosocial para la mujer y la familia víctima de violencia intrafamiliar y violencia sexual con un componente para la atención integral de los agresores”.

## Japón

El Gobierno de Japón ha venido apoyando a Colombia, a través de la Cooperación Técnica no reembolsable, mediante la financiación de proyectos de aproximadamente \$US80.000 cada uno. La aprobación de los proyectos depende de la voluntad del donante.

Para el año 2006, se aprobaron por parte de la Embajada dos (2) proyectos por una cuantía total de \$ 397.5 millones de pesos y en el año 2007, un proyecto por valor de \$204.7 millones de pesos. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud beneficiadas con estos recursos fueron: FUNDACIÓN ABOOT SHAIIO, con donación de tecnología de apoyo para el diagnóstico cardiovascular en la población infantil marginada del Programa “Corazón Colombia”, la Fundación AMIGOS HOSPITALES INFANTILES PARA INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT Bogotá - D. C. con la Dotación de equipos en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal y el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, con la Dotación de equipos biomédicos para el servicio de recién nacidos. todas instituciones ubicadas en Bogotá, D. C.

Adicional a lo anterior, a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA, se financia el Curso de Coordinación Médica en desastres en HYOGO JAPON, mediante el cual se han capacitado en cuatro años 18 funcionarios de diferentes Instituciones de Salud, la Cruz Roja y la Defensa Civil colombiana.

Para el año 2009, la Embajada del Japón, mediante la modalidad de Cooperación Financiera no reembolsable, suscribió 5 Convenios de Donación de Equipos Hospitalarios a las Empresas Sociales del Estado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SINCELEJO, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE IBAGUE y la Institución Privada HOSPI-

TAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL DE MEDELLIN, por un valor de USD 625.000

Por conducto de la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa JICA en Colombia, se financió la capacitación de 3 profesionales colombianos en Japón durante 2 meses en el Curso sobre Administración de Servicios Médicos de Emergencia en Tiempo de Gran Desastre Natural.

Así mismo, se encuentra en ejecución el proyecto “Fortalecimiento Sistema de Rehabilitación integral para las personas en situación de discapacidad, especialmente víctimas de Accidentes con minas antipersonales”, en los Departamentos de Antioquia (Hospital San Vicente de Paúl de Medellín y Fundación “Alas de Nuevo”) y Valle del Cauca (Hospital Universitario del Valle y Fundación IDEAL), por un valor de USD 2 millones, para una duración de 4 años de 2009 a 2012. En el marco de este proyecto, se realizará a partir del segundo semestre de 2009 un proyecto mediante Cooperación Triangular con Chile, para el desarrollo de uno de los resultados esperados del Proyecto con Japón. En desarrollo de este proyecto se capacitaron en Japón por el término de 22 días 8 profesionales colombianos quienes conocieron en terreno la experiencia japonesa sobre el manejo de la atención de la discapacidad en ese país.

### Corea

El 17 de abril de 2007 se recibió en el despacho de la Viceministro de Salud y Bienestar la visita del Director de la Agencia Coreana de Cooperación KOICA, quien ofreció cooperación para la construcción y dotación de hospitales para veteranos de guerra y capacitación de recurso humano. Se convino presentar una propuesta por parte de Colombia así:

- » Tres proyectos para construcción y dotación de Hospitales para Chocó: Los municipios seleccionados para ser beneficiados con los proyectos fueron: Unión Panamericana, Rio Iro y Medio Baudó. Cada uno por \$US 550.000, para un total de US\$ 1.650.000
- » Un proyecto sobre capacitación de recursos humanos: Este proyecto pretende solicitar la capacitación para un grupo de colombianos del Ministerio y de las entidades territoriales, en Gerencia en Salud. Por un valor de \$US 3.000.000
- » Dos proyectos para construcción y dotación de Unidad de Trauma y Rehabilitación, como anexos al Hospital Militar de Bogotá y Hospital Naval de Cartagena. Estos proyectos serán coordinados por el Viceministerio de Salud y Bienestar por conducto de la Dirección General de Calidad con Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Defensa.

Para el año 2009, el Gobierno de Corea a través de su Agencia Coreana de Cooperación Internacional KOICA, aprobó mediante memorando de entendimiento la financiación del Proyecto: “Programa para el mejoramiento red pública hospitalaria en el Municipio de Quibdó y el Departamento de Chocó”, por un valor de USD 2 millones, con los cuales se atenderán los Hospitales San Francisco de Asís de II nivel de atención y la ESE Ismael Roldán Valencia de I nivel de atención, en un término de 2 años.

### India

La Cooperación ofrecida por India en el área de medicamentos se relaciona con la oferta de medicamentos de muy buena calidad y bajo costo. En el mes de agosto de 2009, se realizó en Bogotá un evento de la industria farmacéutica indiana, para explorar las perspectivas de negocios en esta materia con Colombia.

En enero de 2010 el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la República de la India y el Ministerio de la Protección Social de Colombia firmaron un Convenio Complementario de Cooperación en Salud.

### México

En desarrollo de la Cátedra Juan Luis Londoño, se realizaron conjuntamente con el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior ICETEX, las convocatorias Nos. 2171007 en 2007 en 2171008 en 2008 y la No. 2171009 en 2009, en donde se preseleccionaron cuatro candidatos para someterlos a selección ante el Comité de beneficiarios de la beca ofrecida por el Instituto de Nacional de Salud de México.

### Guatemala

En la IV Reunión de Trabajo de Cooperación Técnica entre Colombia y Guatemala, se acordó recibir por parte de nuestro Ministerio a representantes del Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Guatemala, con el ánimo de desarrollar una pasantía en la Dirección General de Protección Laboral, encaminada a conocer nuestra experiencia relacionada con la Formulación del Plan Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil, para que conozcan la experiencia Colombiana en el marco de la Política Nacional, y poder establecer un modelo del Plan en su país; esta pasantía se desarrolló durante el mes de octubre de 2006

### Honduras

En relación con el préstamo de la vacuna Pentavalente solicitada por la Señora Ministra de Salud de la República de Honduras, se atendió por parte de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales de este ministerio la solicitud, y el día 25 de septiembre, se realizó la entrega de 540.000 dosis a FMA, por un valor de \$445,3 millones.

### Convenio en Salud Pública con Cuba

En visita realizada por parte del Ministro de la Protección Social, en compañía del Director General de Salud Pública y del Director del INVIMA, del 17 al 21 de junio de 2006, surgió la idea de buscar acercamientos en temas de salud, para lo cual se invitaron a Colombia a representantes del Gobierno Cubano visita que fue realizada por parte de representantes del Polo Científico Cubano, durante los días 26 y 27 de julio, desprendiéndose de ésta, un convenio, donde las partes desarrollarán y ampliarán la cooperación, durante cuatro años con prioridad en las siguientes áreas:

- » Programas de promoción de la salud, detección precoz, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública;
- » Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de población con discapacidad
- » Fortalecimiento de los servicios de salud;
- » Investigación e intercambio científico y tecnológico en salud pública.
- » Medicina tradicional y natural.
- » Y aquellas otras que, de común acuerdo, definan las Partes.

El operador OBI (operación bendición internacional), por su parte, a través de Acción Social, donó medicamentos al Ministerio para ser distribuidos en las poblaciones mas vulnerables de las zonas fronterizas, con el fin de fortalecer los programas de salud, por un valor aproximado de U\$5'000.000 dólares.

La red Interamericana para la Administración Laboral RIAL, es el mecanismo de cooperación y asistencia técnica de la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo CIMT de la OEA, en este marco fue aprobado un proyecto de cooperación entre Colombia y Brasil sobre Dialogo Social y Libertad Sindical.

Para el año 2010 se aprobó el desarrollo del Proyecto sobre el Sistema de Inspección Vigilancia y Control a realizarse entre Colombia y Brasil; igualmente se ha aprobado por parte de la Rial el apoyo a dos proyectos de cooperación solicitados por Argentina: Gestión – Gobierno Electrónico. “Sistemas de Gestión de la Información. Antecedentes del Programa Gobierno en Línea en el Ministerio de la Protección Social”, y, a República Dominicana, en donde este ministerio prestará apoyo técnico en el tema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos.

Con relación a los convenios de seguridad social, éstos permiten reconocer a los trabajadores pudieron aprender y los trabajadores con quien se suscriban los acuerdos, los tiempos cotizados en sus respectivos países. También cubre a trabajadores que estén o hayan estado cotizando a Sistemas de Seguridad Social, así como a sus familiares beneficiarios, sobrevivientes o a quienes se les traspasen los derechos. El estado de los convenios suscritos hasta la fecha se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 191**  
**Relación Convenios de Seguridad Social**  
**2006 – 2010**

País	Estado de los Convenios
España	Durante la vigencia 2008, entró en vigor el Convenio suscrito con el Reino de España, el cual permitirá reconocer a los trabajadores colombianos y españoles los tiempos cotizados. A diciembre de 2008 se recibieron 271 solicitudes de España y 1 de Colombia, para un total de 272. Para el año 2009 se recibieron 473 solicitudes de España y 6 solicitudes de Colombia, para un total de 479 y a marzo de 2010 se han recibido 136 solicitudes de España y 2 de Colombia para un total de 138 solicitudes, es decir, que durante el periodo 2008 a 2010 se han recibido un total 889 solicitudes que fueron trasladadas a las instituciones competentes.
Argentina	El Acuerdo Administrativo fue suscrito en Buenos Aires el 14 de abril de 2008. Se encuentra en negociación y estudio el diseño de formularios para su aplicación.
Uruguay	Los días 2 y 3 de septiembre de 2008, tuvo lugar la ronda negociadora del proyecto de reglamento. Se encuentra en negociación y estudio el diseño de formularios para su aplicación.
Chile	En reunión celebrada el 6 de marzo de 2009 en la ciudad de Santiago de Chile, nuestro país estuvo conforme con los términos del Acuerdo Administrativo para la Aplicación del Convenio. El 18 de mayo de 2009 se firmó en Colombia el Acuerdo Administrativo para la aplicación del referido Convenio. Se encuentra en negociación y estudio el diseño de formularios para su aplicación.
Iberoamericano	Los días 5 y 6 de marzo de 2009 en Santiago de Chile, se aprobó el texto del Proyecto de Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social. Actualmente se está realizando la revisión de la exposición de motivos junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Cancillería.
Brasil	Durante los días 28 y 29 de abril de 2009, se recibió visita de una comisión de Brasil con la que se iniciaron negociaciones frente a una posible suscripción de Convenio de Seguridad Social.

*Fuente: Oficina Asesora de Cooperación y Relaciones Internacionales.*

## 8.4 Comunicaciones

Durante los últimos cuatro años, la Oficina Asesora de Comunicaciones del Ministerio de la

Protección Social, ha perfeccionado a nivel tecnológico e informativo la Gestión de Comunicaciones al interior y al exterior de la entidad, como base de la función para la cual fue diseñada esta dependencia y ciñéndose a un plan de acción basado en el fortalecimiento institucional.

La cohesión del sistema de la protección social con el sistema de la seguridad social ha tenido como soporte durante los últimos cuatro años, una estrategia comunicacional compuesta por diversos productos como boletines de prensa, ruedas de prensa, diseño y desarrollo de campañas informativas y preventivas y, la optimización de las redes de internet a nivel interno y externo entre otras; todas ellas orientadas a la atención integral del usuario y columna vertebral del informe que desde el año 2006 hasta el año 2009, se ha venido presentando.

Grandes cambios en la estructura básica de procesos como la afiliación a pensión y salud en Colombia (PILA), una pandemia (AH1N1) y la propuesta de una reforma estructural al sistema de salud, son parte de los retos comunicacionales asumidos durante este cuatrienio, además de los procesos inherentes a la salud pública colombiana como son Riesgos Profesionales, Implementación de la política de salud sexual y reproductiva, Servicios Farmacéuticos, Bancos de Sangre y Componentes Sanguíneos, Suministro de Insumos y Componentes Anatómicos, Protección a la Salud Pública, Protección Social y Poblaciones Vulnerables y Apoyo a Territoriales entre otros.

### Salud Pública

En cumplimiento de las metas definidas para mejorar la detección temprana y atención en los componentes de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se logró fortalecer las acciones individuales y colectivas para la prevención y el control de la fecundidad no deseada en grupos de mayor vulnerabilidad de 20 municipios priorizados por su mayor riesgo, a través del diseño, desarrollo y seguimiento de la campaña “Derechos convertidos en hechos” en todos los municipios, departamentos, EPS y ARS del país.

Se diseñó y desarrolló una estrategia integral de movilización social en medios de comunicación, orientada a propiciar la adopción de hábitos y conductas sexuales responsables e inducir la demanda temprana de servicios de salud sexual y reproductiva.

La campaña estuvo dirigida a la población en general, especialmente a los grupos de mayor vulnerabilidad, y a la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sobre sus deberes y derechos sexuales y reproductivos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

Se desarrollaron actividades de difusión y comunicación para la aplicación de las normas técnicas que reglamentan la oferta de servicios integrales en los aspectos normativos, técnicos, éticos y legales relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

Durante el año 2008, 2009 y 2010, se han ejecutado importantes campañas informativas tendientes a disminuir el impacto negativo de pandemias en la población Colombiana, como el virus AH1N1, y enfermedades como el dengue entre otras.

Gracias a las teleconferencias y a las campañas informativas a nivel nacional (Radio, prensa y TV), los colombianos aprendimos a pagar la Planilla Integrada de Liquidación PILA.

En el área laboral se diseñó el “*Boletín de Avances Laborales*” con el fin de promocionar la defensa de los DD.HH en Colombia y difundir las cifras sobre la disminución de asesinatos con base en las políticas diseñadas desde el gobierno nacional sobre la materia.

Esta información se transmite a través de la página WEB del Ministerio y es enviada adicionalmente a los medios de comunicación.

El texto posee mayor información en tamaño que un boletín de prensa común y tiene como objeto central, formar parte de los archivos periodísticos y convertirse en texto de consulta como fuente de información.

Se registran además todas las actividades y logros del Ministerio en protección laboral, promoción del trabajo e inspección, vigilancia y control a través de la redacción y difusión de Boletines de Prensa.

**Cuadro No. 192**  
**Actividades de Comunicaciones**

AÑO	ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS
2006	Campaña de prevención para la reducción de la mortalidad materna y control de embarazo, mensajes para televisión y radio.	Difundir de manera pedagógica las diversas formas de prevenir la mortalidad materna mediante la divulgación de información precisa en medios de comunicación masivos.
	Campaña para Reducción del Trabajo Infantil Doméstico	Reducción del Trabajo Infantil Doméstico. Campaña dirigida a la deslegitimación del trabajo infantil doméstico y dignificación del trabajo doméstico adulto con enfoque de género. Divulgación de mensajes a través de radio.
	Campañas de comunicación social en áreas prioritarias de salud pública.	Pauta en radio de las piezas que forman parte de campañas de comunicación social en áreas prioritarias de salud pública, producidas previamente por el Ministerio de la Protección Social
	Conformación de archivo	Conformación de un archivo en DVD de campañas y programas de salud pública del Ministerio de la Protección Social.
2007	Programa de Atención a Desplazados y Grupos Vulnerables	Campaña de comunicación social con mensajes radiales, escritos, impresos y audiovisuales dirigidos a la comunidad para el Programa de Atención a Desplazados y Grupos Vulnerables teniendo en cuenta particularidades territoriales. "Ejercicio del Derecho a la Salud de 100.000 familias desplazadas y vulnerables y acceso a la Atención Integral en Salud como Servicio Público a cargo del Estado en 111 municipios de los Departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima y Valle del Cauca".

AÑO	ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS
2007	Protección Laboral	Estrategia de divulgación a través de la radio, con cubrimiento nacional y local, dirigida al desestimulo del trabajo infantil en todas sus formas y a la deslegitimación del trabajo infantil doméstico. Dignificación del trabajo doméstico adulto, con enfoque de género, como mecanismo de sensibilización y compromiso familiar, social y comunitario frente a los derechos de los niños.
	Inocuidad de Alimentos	Estrategia de comunicación del riesgo relacionado con la inocuidad de alimentos.
	Divulgación Escrita	40.000 folletos de la "Protección Social" publicados y distribuidos en todo el país y un banco de imágenes para las publicaciones del Fondo de Riesgos Profesionales.
	Apoyo a la prevención de sustancias psicoactivas en Colombia.	La Oficina Asesora de Comunicaciones apoyo la difusión nacional de 3 campañas ejecutadas: Alto riesgo, Evasión y Elusión y Prevención de sustancias psicoactivas en el trabajo. Cobertura poblacional estimada en medios de comunicación; publicidad empleada para todas las campañas.
	Comunicación Nacional a través de la seguridad y la salud en el trabajo.	Un (1) programa de televisión para la promoción y difusión de los derechos y deberes de los integrantes del Sistema General de Riesgos Profesionales para fomentar la seguridad y la salud en el trabajo.
2008	Planilla Integrada de Liquidación PILA	Atención personalizada a través del correo electrónico sobre inquietudes de la gente para acceder a esta novedosa forma de pago y generando la información pertinente para resaltar en medios de comunicación la importancia de la PILA para lograr un control a la evasión y la elusión en los pagos al sistema de seguridad social, y su efecto negativo para el normal desarrollo del sistema de salud en Colombia.  Las teleconferencias y el sistema de comunicación con regiones apartadas del país a través de la radio, fueron fundamentales para la difusión del mensaje.
	Traducción del lenguaje técnico al lenguaje común para informar de manera correcta a la ciudadanía sobre los temas en salud, trabajo y seguridad social.	Se acompañaron los procesos de Diseño, diagramación, impresión y distribución de información técnica del Ministerio de la Protección Social.
	Plan estratégico de comunicación para Salud Pública.	Diseñar, desarrollar y evaluar la estrategia de comunicación y plan de medios del Plan Nacional de Salud Pública.
	Licitación Pública	Licitación pública para diseñar, producir y pautar mensajes institucionales en medios masivos y medios alternativos e implementar estrategias de comunicación y movilización social de las distintas áreas del Ministerio de la Protección Social. Se desarrollaron campañas para Salud Pública. Riesgos Profesionales.
2009	AH1N1	Se diseñó e implementó un portal denominado <a href="http://www.podersobrelaah1n1.com">www.podersobrelaah1n1.com</a> que se encargó de informar sobre: Reporte de emergencias sanitarias nacionales e internacionales, reportes de casos sobre el virus pandémico AH1N1, el ABC del AH1N1, guía para viajeros internacionales, cómo cuidar una persona enferma en casa el virus H1N1 y la lactancia materna, información orientada a cuidadores de niños, Items para prevenir la infección en la comunidad, información para padres de familia, identificación de signos y síntomas y cuándo consultar a un profesional de la salud.  El diseño de la campaña se extendió a: Divulgación en prensa, radio, TV a través de campañas publicitarias tendientes a prevenir el contagio, volanteo en sitios de alto tráfico, vallas informativas en todo el país, la creación de la tropa AH1N1 que educó a lo largo y ancho del territorio Nacional ala población Colombiana en prevención y atención médica.

AÑO	ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS
2009	Emergencia Social	<p>Cerca de 31.000 visitas recibió el especial de Emergencia Social del Ministerio, emitido en la página WEB lo que después de ser diagnosticado obligo a crear un portal especializado <a href="http://www.emergenciasocialcolombia.com">www.emergenciasocialcolombia.com</a> diseñado por una agencia asesora bajo la coordinación de la oficina Asesora de Comunicaciones.</p> <p>El objetivo primordial fue crear un espacio para el diálogo directo con la ciudadanía y rescatar sus impresiones para retroalimentar con los técnicos del Ministerio un proceso informativo.</p> <p>El paquete informativo se extendió a: Divulgación en prensa, radio, TV a través de campañas publicitarias a nivel nacional tendientes a prevenir el contagio, Volantes en sitios de alto tráfico en Bogotá, vallas informativas en todo el país, divulgación en medios de comunicación.</p>
2009	Boletines de prensa emitidos por la Oficina Asesora de Comunicaciones.	(89) Boletines de prensa emitidos a más de 1.000 contactos a través de correo electrónico actualizados de manera permanente por la oficina Asesora de Comunicaciones.
	Salud Pública. Campañas preventivas.	<p>La información emitida proviene de un procedimiento establecido que corrobora con la fuente interna del Ministerio la veracidad de la misma, así como la prioridad de los temas a tratar de acuerdo al impacto que puedan tener en la comunidad. Algunos ejemplos de los temas tratados son:</p> <p>Consejo Sectorial de Salud (15-01-09)</p> <p>Se abren inscripciones para sorteo del Servicio Social Obligatorio (19-01-09)</p> <p>Viceministro de Salud hará pedagogía sobre espacios 100% libres de humo (21-01-09)</p> <p>MPS refuerza acciones de promoción, prevención, control y atención contra la Fiebre amarilla (22-01-09)</p> <p>MPS ordena dar respuesta oportuna a exigencia de carné de vacunación contra fiebre amarilla para ingreso a Ecuador (23-01-09)</p>
2010 (30-abril)	Campaña de Vacunación de las Américas.	<p>Realización de las actividades de difusión con ruedas de prensa, en radio y televisión destacando de manera especial la importancia de esta actividad para la protección de salud infantil en Colombia.</p> <p>"Semana de Vacunación en las Américas", con el objeto de incrementar las coberturas de vacunación y completar los esquemas.</p>
	Campaña para prevención del Dengue. "Al dengue dile detente".	<p>Generar acciones inmediatas en los ciudadanos y entidades de salud. Esta acción es la de detener la enfermedad, dando a conocer los síntomas a las personas y además, que los profesionales de la salud traten y le atiendan el problema. A través de cuñas radiales en lugares apartados del país</p>

Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones MPS

# ANEXO

## Reglamentación asociada al sector expedida en la vigencia 2009 - 2010

### LEYES 2009

Número	Asunto
1305 (junio 3)	Por medio de la cual se modifica el Decreto ley 353 del 11 de febrero de 1994, se adiciona la Ley 973 del 21 de julio de 2005, y se dictan otras disposiciones.
1315 (julio 13)	Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención.
1316 (julio 13)	Por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 361 de 1997, se reconoce un espacio en los espectáculos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones
1328 (julio 15)	Por la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones
1329 (julio 17)	Por la cual se modifica el título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes
1335 (julio 21)	Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.
1336 (julio 21)	Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes
1346 (julio 31)	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006"
1355 (octubre 14)	"Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención"
1361 (diciembre 3)	Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia
1364 (diciembre 21)	Por la cual se modifica el numeral 1 del parágrafo del artículo 193 y el numeral 4° del artículo 196 del decreto 663 de 1993 – SOAT
1371 (diciembre 30)	"Por la cual se establece la concurrencia para el pago del pasivo pensional de las universidades estatales del nivel nacional y territorial y se dictan otras disposiciones"
1275 (enero 5)	Por medio de la cual se establecen lineamientos de política pública nacional para las personas que presentan enanismo y se dictan otras disposiciones
1276 (enero 5)	A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del Adulto Mayor en los Centros Vida
1277 (enero 5)	Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea Departamental del Cauca para emitir la Estampilla Pro Salud Cauca
1280 (enero 5)	Por la cual se adiciona el numeral 10 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo y se establece la Licencia por Luto
1373 (enero 8)	Por la cual se ordena la asignación de recursos para garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto de la misma, y se actualiza el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se ordena la inclusión de vacunas
1374 (enero 8)	Por la cual se crea el consejo nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones

Número	Asunto
1378 (enero 8)	Por la cual se regula la cesión del IVA de licores a cargo de las licorerías departamentales en lo correspondiente al descuento del impuesto para los productores oficiales.
1381 (enero 25)	Por la cual se desarrollan los artículos 7, 8, 10 y 70 de la Constitución Política y los artículos 4,5 y 28 de la Ley 21 de 1991 (que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales) y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus habitantes
1384 (abril 19)	Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

## DECRETOS 2009

Número	Asunto
2380 (junio 25)	Por el cual se modifican los Decretos 1500 de 2007 y 2065 de 2008 y se dictan otras disposiciones – Plantas de beneficio-
2510 (julio 6)	Por el cual se modifica el Decreto 2590 de 2003
2530 (julio 7)	Por el cual se adoptan medidas tendientes al cumplimiento de los compromisos adquiridos por Colombia en el marco de las Decisiones 505 y 602 de la Comunidad Andina, en aplicación del artículo 12 de la Convención de Viena de 1988, sobre el control a la exportación de sustancias químicas controladas
2566 (julio 7)	Por la cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales
2589 (julio 9)	Por la cual se adopta la modificación de la Planta de Personal de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento en Liquidación
2601 (julio 13)	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 805 de 2000 – Mesadas pensionales
2645 (julio 15)	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo número 020 de 2009 Senado, 285 de 2009 Cámara, “por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política
2646 (julio 15)	Por el cual se suprimen cargos vacantes de la Planta de Personal del ISS
2647 (julio 15)	Por el cual se suprimen cargos de la Planta de Personal del ISS
2648 (julio 15)	Por el cual se suprimen cargos de la Planta de Personal del ISS
2706 (julio 17)	Por el cual se suprimen cargos de la Planta de Personal del ISS
2707 (julio 17)	Por el cual se suprimen cargos de la Planta de Personal del ISS
2742 (julio 24)	Por el cual se adoptan unas disposiciones relativas a tiempos de vuelo, servicio y descanso para tripulantes de aeronaves
2748 (julio 27)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento en Liquidación.
2859 (julio 31)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino en Liquidación.
3262 (agosto 31)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander en Liquidación.
3263 (agosto 31)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Policarpa Salavarrieta en Liquidación
3269 (agosto 31)	Por la cual se adicionan los artículos 4° y 6° del Decreto 600 de 2008 y se destinan recursos al Fondo de Riesgos Profesionales
3275 (agosto 31)	Por el cual se modifica el artículo 1 y se adiciona un párrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005 – Dispositivos médicos

Número	Asunto
3305 (Septiembre 2)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento en Liquidación
3309 (septiembre 2)	Por el cual se adicionan las excepciones contempladas en el artículo 121 del Decreto 1950 de 1973.
3399 (septiembre 8)	Por el cual se modifica la integración de la Comisión Intersectorial para promover la formación del Trabajo Decente en el Sector Público
3510 (septiembre 14)	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y 14 de la Ley 141 de 1994 modificado por el artículo 2° de la Ley 1283 de 2009.
3511 (septiembre 14)	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2699 de 2007 y se dictan otras disposiciones. – Cuenta de Alto Costo
3525 (septiembre 15)	Por el cual se autoriza y se definen las condiciones para la importación de carne de origen bovino y sus productos procedente de Canadá.
3580 (septiembre 18)	Por el cual se modifica el Decreto 3066 de 2008 modificado por el Decreto 4340 de 2008 y el Decreto 1506 de 2009.
3655 (septiembre 26)	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2271 de 2009.
3668 (septiembre 24)	Por el cual se definen los criterios y procedimientos para la distribución y giro de los recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera de que trata el artículo 45 de la Ley 1151 de 2007 y se dictan otras disposiciones
3756 (septiembre 30)	Por el cual se modifica el artículo 4 del Decreto 2020 de 2006 y se dictan otras disposiciones referentes a la certificación de calidad de la formación para el trabajo.
3757 (septiembre 30)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento en Liquidación.
3785 (septiembre 30)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino en Liquidación
3951 (octubre 13)	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 432 de 1998 y se dictan otras disposiciones
4131 (octubre 26)	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1500 de 2007, modificado por los Decretos 2965 de 2008 y 2380 de 2009 – Plantas de beneficio
4241 (octubre 30)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento en Liquidación.
4242 (octubre 30)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander en liquidación.
4328 (noviembre 6)	Por el cual se prorroga el plazo de liquidación de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander en Liquidación
4488 (noviembre 18)	El cual se aprueba la estructura de la Administradora Colombiana de Pensiones, Colpensiones, se determinan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.
4489 (noviembre 18)	Por el cual se aprueba la planta de personal de la Administradora Colombiana de Pensiones, Colpensiones.
4490 (noviembre 18)	Por el cual se establece el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos de la Administradora Colombiana de Pensiones, Colpensiones.
4564 (noviembre 23)	Por el cual se aprueba la modificación de la planta de personal de la Caja Nacional de Previsión Social - Cajanal EICE en Liquidación.
4763 (diciembre 3)	Por el cual se prorroga la vigencia de la planta de personal del Grupo Interno de Trabajo para la Gestión del Pasivo Social de Puertos de Colombia
4788 (diciembre 4)	Por el cual se reglamenta el numeral 18 del artículo 879 del Estatuto Tributario
4810 (diciembre 9)	Por medio del cual se amplía el plazo señalado en el Decreto 860 de 2008, modificado por el Decreto 4671 de 2008.
4904 (diciembre 16)	Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones.

Número	Asunto
4927 (diciembre 17)	Por el cual se modifica el artículo 6° del Decreto 2266 de 2004, modificado por el artículo 3° del Decreto 3553 de 2004 y se dictan otras disposiciones.
4937 (diciembre 18)	Por el cual se modifica el artículo 45 del Decreto 1748 de 1995, se crean y se dictan normas para la liquidación, reconocimiento y pago de unos bonos especiales de financiamiento para el ISS.
4942 (diciembre 18)	Por el cual se modifica el artículo 8° del Decreto 1355 de 2008.
4943 (diciembre 18)	Por el cual se modifican los artículos 30 y 33 del Decreto 3771 de 2007.
4944 (diciembre 18)	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 3771 de 2007.
4947 (diciembre 18)	Por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 38-1 de la Ley 397 de 1997, adicionado por el artículo 2° de la Ley 666 de 2001 y se dictan otras disposiciones.
4973 (diciembre 23)	Por el cual se establecen los requisitos y procedimientos para la certificación de la asunción de la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones.
4974 (diciembre 23)	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1500 de 2007 modificado por los Decretos 2965 de 2008, 2380 y 4131 de 2009.
4975 (diciembre 23)	Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social
4976 (diciembre 23)	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permitan garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de la población beneficiaria y se dictan otras disposiciones
5053 (diciembre 30)	Por el cual se fija el salario mínimo legal.
5054 (diciembre 30)	Por el cual se establece el auxilio de transporte

### DECRETOS 2010

Número	Asunto
073 (enero 18)	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos de los saldos de excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de participaciones – Aportes Patronales – que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones /ES
074 (enero 18)	Por medio del cual se introducen modificaciones al régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito –FONSAT– y se dictan otras disposiciones / ES
075 (enero 18)	Por la cual se expiden disposiciones para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud /ES
115 (enero 21)	Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud – CRES y se determinan las funciones de sus dependencias
116 (enero 21)	Por el cual se modifica la Planta de Personal de la Unidad Administrativa Especial de la Comisión de regulación en Salud – CRES
120 (enero 21)	Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol
126 (enero 21)	Por el cual se dictan disposiciones en materia de inspección, vigilancia y control de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones/ES
127 (enero 21)	Por el cual se adoptan medidas en materia tributaria/ES
128 (enero 21)	Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones. /ES

Número	Asunto
129 (enero 21)	"Por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social, y se dictan otras disposiciones" / ES
130 (enero 21)	Por el cual se dictan disposiciones del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, en desarrollo del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009. /ES
131 (enero 21)	Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones/ES
132 (enero 21)	Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. /ES
133 (enero 21)	Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, y se dictan otras disposiciones /ES
134 (enero 21)	Por el cual se modifica el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010
135 (enero 21)	Por medio del cual se distribuyen recursos del FRISCO para el fortalecimiento de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto y se dictan otras disposiciones
164 (enero 25)	Por el cual se crea una comisión Intersectorial denominada "Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres"
175 (enero 25)	Por el cual se suprime la Empresa territorial para la Salud – ETESA-, se ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones
358 (febrero 4)	Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 de enero 21 de 2010 / ES
398 (febrero 5)	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto legislativo 131 de enero 21 de 2010 / ES
505 (febrero 16)	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 del 21 de enero de 2010 /ES
553 (febrero 19)	Por el cual se reglamenta el artículo 46 del Decreto Legislativo 131 de 2010 /ES
589 (febrero 24)	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 30 del Decreto 3771 de 2007, modificado por el artículo primero del Decreto 4943 de 2009
590 (febrero 24)	Por el cual se dictan disposiciones sobre la prima individual de compensación aplicable a los empleados públicos del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado.
789 (marzo 11)	Por medio del cual se adiciona el artículo 98 del Decreto 948 de 1995 – plantas termoeléctricas
826 (marzo 12)	Por medio del cual se concretan algunos aspectos de los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
860 (marzo 16)	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1098 de 2006
861 (marzo 16)	Por la cual se define la metodología a aplicar para el ajuste de la desviación de siniestralidad sobre el promedio del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la Enfermedad Renal Crónica –ERC
870 (Marzo 17)	Por el cual se modifica el artículo 8° del Decreto 1001 de 1997- Juegos de suerte y azar-
965 (marzo 24)	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 4 del decreto Ley 132 de 2010 y se dictan otras disposiciones
966 (marzo 24)	Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 074 de 2010
1038 (marzo 30)	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 132 de 2010.
1106 (abril 8)	Por el cual se aprueba la modificación de la planta de personal del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado

Número	Asunto
1144 (abril 12)	Por el cual se modifica el Decreto 2483 de 2003, se reglamenta el artículo 21 del Decreto 130 de 2010 y se dictan otras disposiciones
1163 (abril 13)	Por el cual se reglamenta el Decreto Legislativo 073 de 2010 y se dictan otras disposiciones.
1186 (abril 14)	Por el cual se adiciona el artículo 4° del Decreto 2699 de 2007 modificado parcialmente por el Decreto 3511 de 2009.
1191 (abril 14)	Por el cual se aclara y adiciona el Decreto 1038 de 30 de marzo de 2010.
1192 (abril 14)	Por el cual se adoptan las fechas de corte para el envío de las Bases Brutas Municipales y Distritales del Sisbén.
1289 (abril 19)	Por el cual se reglamenta la Ley 643 de 2001 en lo relacionado con la rentabilidad mínima del juego de apuestas permanentes o chance y se dictan otras disposiciones.
1313 (abril 21)	Por el cual se fijan los requisitos y procedimientos para autorizar importaciones paralelas de medicamentos y dispositivos médicos.
1429 (abril 28)	Por el cual se deroga el Decreto 657 del 3 de marzo de 2006, se reglamentan los artículos 482, 483 y 484 del Código Sustantivo de Trabajo y se dictan otras disposiciones.

## RESOLUCIONES 2009

Número	Asunto
2206 (junio 25)	Por la cual se modifica la Resolución 002934 de 2004 modificada por las resoluciones 00613 y 005078 de 2005, 02325 de 2006, 2198 de 2007 y 02413 de 2008 -Emergencia sanitaria suero antiofídico-
2231 (junio 25)	Por la cual se otorga un permiso transitorio – Hospital Naval de Cartagena
2249 (junio 26)	Por la cual se modifica la Resolución 1747 de 2008, modificada por las resoluciones 2377 de 2008, 199, 990 y 1184 de 2009 y se dictan otras disposiciones – Afiliado al Ahorro Programado de largo plazo/ PILA-
2335 (julio 8)	Por la cual se adoptan una medidas en salud pública y se modifica el artículo 7 de la Resolución 1478 de 2006.
2462 (julio 16)	Por la cual se resuelve un recurso de apelación y confirma en todas y cada una de sus partes la Resolución 1216 del 30/04/08 en la cual se acepto la conmutación pensional a cargo de Friesland Colombia S.A en liquidación
2481 (julio 17)	Por la cual otorga registro sanitario a un producto larvicida para uso en salud pública. Mosquito dunks, sólido. Discos flotantes a la Empresa Proteger Vida Ltda.
2539 (julio 22)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Nariño hoy Corporación IPS Nariño
2540 (julio 22)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Boyacá por Corporación IPS Boyacá
2541 (julio 22)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Córdoba hoy Corporación IPS Córdoba
2542 (julio 22)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Llanos Orientales Hoy Corporación IPS Llanos Orientales
2543 (julio 22)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Huila Hoy Corporación IPS Huila
2562 (julio 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop- Santander quien en adelante se denominara Corporación IPS Santander
2563 (julio 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Costa Atlántica quien en adelante se denominara Corporación IPS Costa Atlántica

Número	Asunto
2564 (julio 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Tolima quien en adelante se denominara corporación IPS Tolima
2565 (julio 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop occidente quien en adelante se denominara Corporación IPS occidente
2566 (julio 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Antioquia quien en adelante se denominara Corporación IPS Comfamiliar Camacol – COODAN
2567 (julio 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la entidad sin ánimo de lucro denominada Corporación IPS Saludcoop Norte de Santander quien en adelante se denominara Corporación IPS Norte de Santander
2595 (julio 24)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el termino de un mes para ejercer la medicina y cirugía en la ciudad de armenia departamento del Quindío en la ESE Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios
2606 (julio 27)	Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos que deben cumplir los aditivos alimentarios que se fabriquen, procesen, almacenen, transporten, expedan, importen, comercialicen y se empleen en la elaboración de alimentos para consumo humano en el territorio nacional
2709 (julio 29)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el termino de un mes a partir del 30/07/09, para ejercer la medicina y la cirugía neurológica en la Clínica Medellín
2750 (julio 31)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el termino de seis meses contados a partir del 15/08/09, para ejercer la medicina y la especialidad de cardiología vascular pediátrico en la Fundación Valle de Lili de la ciudad de Santiago de Cali- departamento del valle del Cauca
2809 (agosto 6)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria – IPS SALUDCOOP EJE CAFETERO : IPS EJE CAFETERO
2923 (agosto 13)	Por medio de la cual se proroga el plazo establecido en el artículo sexto de la Resolución 00263 de 2009 – Plazo presentación de documentos otorgamiento subsidio indirecto ayudas técnicas.
2971 (agosto 14)	Por la cual se adopta el Manual de Imagen institucional del Ministerio de la Protección Social
3034 (agosto 21)	Por la cual se modifica el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA - Subcuenta de Compensación, solidaridad y promoción vigencia fiscal 2009 por valor de 15.764.643.499.28700 millones
3166 (agosto 28)	Por la cual se realiza una designación – expedición de certificaciones laborales para el trámite de bonos pensionales -GIT –
3167 (agosto 28)	Por la cual se integran los sistemas de desarrollo administrativo, control interno y gestión de calidad, se crea el sistema integrado del MPS
3173 (agosto 28)	Por la cual se adopta el registro de negación de servicios de medicamentos por parte de las EPS y EOC del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud
3253 (septiembre 3)	Por la cual se establecen los principios generales y los lineamientos que deben ser tenidos en cuenta para definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en los acuerdos de voluntades mediante el mecanismo de pago por capitación y se dictan otras disposiciones
3354 (septiembre 11)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el término de un mes a partir del 10/10/09 para ejercer la medicina y cirugía en la ciudad de Guadalajara de Buga del departamento del Valle del Cauca en la Fundación Hospital San José de Buga y Fundación Casa Colombia
3355 (septiembre 11)	Por la cual se conforma el Comité de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual de Sangre y se dictan otras disposiciones
3386 (septiembre 15)	Por la cual se reconoce personería jurídica a la entidad de carácter privado sin ánimo de lucro denominada FUNDACIÓN PARA EL NIÑO SORDO – ICAL

Número	Asunto
3413 (septiembre 16)	Por la cual se fijan los mecanismos de cálculo que definen los montos de giro y distribución de los recursos de la cuenta de alto costo para las empresas promotoras de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado y entidades obligadas a compensar en el caso de la terapia de remplazo renal por enfermedad renal crónica ERC
3523 (septiembre 23)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria – IPS Cruz Blanca-
3538 (septiembre 23)	Por la cual se otorga un permiso transitorio – Hospital de Sincelejo y San Jerónimo de Montería
3544 (septiembre 24)	Por la cual se modifican los artículo 11 y 13 de la Resolución 779 de 2006 trapiches paneleros deberán envasar individualmente la panela y rotulado en el envase individual
3665 (septiembre 29)	Por la cual se adopta la Guía de Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura de Medicamentos Homeopáticos y se dictan otras disposiciones
3666 (septiembre 29)	Por medio de la cual se definen las condiciones técnicas para el cumplimiento de los requisitos de respaldo por parte de los operadores del juego de lotería y relación emisión venta de billete
3667 (septiembre 29)	Por la cual se regula el procedimiento de retiro o cambio de los operadores de información
3668 (septiembre 29)	Por la cual se fijan honorarios y salarios en el Tribunal Nacional de Ética Médica
3669 (septiembre 29)	Por la cual se renueva una licencia para la prestación de servicios de protección radiológica al ingeniero Efigenio Cubillos Moreno
3670 (septiembre 29)	Por la cual se concede autorización para disponer de cadáveres no reclamados o de los componentes anatómicos de los mismos para fines de docencia a la universidad de Pamplona
3671 (septiembre 29)	Por la cual se renueva una licencia para la prestación de servicios de protección radiológica
3672 (septiembre 29)	Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y reconoce el ajuste del UPC por aplicación del acuerdo 412/09 y asigna a las entidades territoriales un valor de 16.566.623.594.73
3673 (septiembre 29)	Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA financiar continuidad de la población afiliada régimen subsidiado por valor de 1.008.851.519.497.76 que inicia el 01/10/09 y termina el 31/03/10
3674 (septiembre 29)	Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y reconoce el ajuste del UPC por aplicación del Acuerdo 412/09 y asigna a las entidades territoriales un valor de 89.070.395.280. Para los meses de enero a marzo del 2009
3740 (octubre 2)	Por la cual se modifica el cronograma de sorteos ordinarios para la Lotería del Cauca para el año 2009 contenido en el numeral 4 artículo 2 de la Resolución 4849 de 2008
3821 (octubre 9)	Por la cual se modifica la Resolución 3173 de 2009 – Orden 19 Sentencia T- 760 de 2008
3942 (octubre 20)	Por la cual se reglamenta el mecanismo para la selección de los representantes al Consejo Nacional de Discapacidad señalados en los literales d) y e) del artículo 10 de la Ley 1145 de 2007
3962 (octubre 21)	Por la cual se reglamenta parcialmente la Resolución 2535 de 2009 y se dictan otras disposiciones – pseudoefedrina
3974 (octubre 21)	Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo
3990 (octubre 22)	Por la cual se conforma el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización CNPI que tiene por objeto asesor el Plan Nacional de Inmunizaciones
4038 (octubre 26)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el término de un mes contados a partir del 27/10/09 a la Fundación que Canten los Niños de la ciudad de Ibagué
4027 (octubre 23)	Por la cual se amplía la cobertura del programa de protección social al adulto mayor financiado con recursos de la subcuenta de subsistencia del fondo de solidaridad pensional por valor de 5.547.210

Número	Asunto
4053 (octubre 27)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el termino de un mes a partir del 5/12/09 para ejercer la medicina y cirugía en la Fundación Valle de Lili de la ciudad de Santiago de Cali - departamento del Valle del Cauca
4150 (octubre 30)	Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos que deben cumplir las bebidas energizantes para consumo humano
4168 (octubre 30)	Por la cual se otorga un permiso transitorio (Instituto de Salud de Bucaramanga)
4247 (noviembre 5)	Por la se otorga un permiso transitorio (Fundación Valle de Lili)
4248 (noviembre 5)	Por la cual se otorga un permiso transitorio (Fundación Valle de Lili)
4249 (noviembre 5)	Por la cual se otorga un registro sanitario a un producto plaguicida para uso en salud pública de la Empresa Dacarsa a un producto insecticida carba mult 25 wt polvo mojable
4260 (noviembre 6)	Por la cual se efectúa la distribución de los recursos de los saldos ahorrados por el Fondo Nacional de Regalías en el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera - FAEP, de que trata el numeral 1 del artículo 7 de Decreto 3668 de 2009
4311 (noviembre 10)	Por la cual se nombran los miembros del Tribunal Nacional de Ética Médica
4410 (noviembre 17)	Por la cual se expide el reglamento técnico que contiene el Manual de Buenas Practicas de Manufactura de Gases Medicinales
4435 (noviembre 18)	Por la cual se amplía la autorización sanitaria para disponer de cadáveres no reclamados o los componentes anatómicos de los mismos para fines de docencia a la Fundación Universidad del Norte con domicilio en la ciudad de Barranquilla
4558 (noviembre 25)	Por la cual se otorga un permiso transitorio
4477 (noviembre 20)	Por la cual se asignan unos cupos para el subsidio de tratamiento a los enfermos de lepra
4578 (noviembre 26)	Por la cual se expide el cronograma de sorteos ordinarios y extraordinarios del juego de lotería tradicional para el año 2010
4581 (noviembre 26)	Por la cual se autoriza el uso de líneas de maíz con la tecnología conjunta Herculex IX Roundp Ready (DAS -01507-1 x MON – 00603-6); como materia prima para la elaboración de alimentos para consumo humano
4582 (noviembre 26)	Por la cual se autoriza el uso de algodón Roundup ready Flex (MON – 88913-8) como materia prima para la producción de alimentos de consumo humano
4583 (noviembre 26)	Por la cual se autoriza el uso de líneas de maíz con la tecnología Conjunta Yieldgard x Roundup ready (mon -00603X mon-0810-6) como materia prima para la producción de alimentos para consumo humano
4584 (noviembre 26)	Por la cual se autoriza el uso de algodón Bollgard II (MON 15985-7) como materia prima para la elaboración de alimentos para consumo humano
4585 (noviembre 26)	Por la cual se autoriza el uso de líneas de MAIZ con alto contenido de Lisina (REN-00038-3) como materia prima para la producción de alimentos para consumo humano
4717 (noviembre 27)	Por la cual se establecen los indicadores de gestión, eficiencia y rentabilidad para calificar la gestión de los operadores del juego de lotería tradicional o de billetes y se dictan otras disposiciones
4807 (diciembre 4)	Por la cual establecen los criterios de distribución de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA - ampliación cobertura fallo Consejo de Estado
004918 (diciembre 9)	Por la cual se fijan los mecanismos e instrumentos y los criterios de distribución de los recursos contemplados en la ley anual de presupuesto para la vigencia 2009- destinados a financiar actividades del plan nacional de salud pública- diabética e hipertensiva
4940 (diciembre 10)	Por la cual se decide acerca de la condonación de la cuarta cuota de repago del contrato de empréstito interno firmado por la Nación y el Departamento de Caldas asociado al Convenio de Desempeño No. 188 del 8 de noviembre de 2004 suscrito con el Ministerio de la Protección Social

Número	Asunto
5353 (diciembre 23)	Por la cual se efectúa una asignación parcial de recursos del presupuesto de gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA- a la Comisión de Regulación en Salud CRES, para la vigencia fiscal 2009
5354 (diciembre 23)	Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA - fallo Consejo de Estado
5377 (diciembre 24)	Por la cual se modifica la Resolución 05154 . En el parágrafo del artículo 3- Plan Nacional de salud rural 2007- 2010
5394 (diciembre 24)	Por la cual se efectúa una distribución de recursos destinados a financiar actividades del plan nacional de salud pública orientadas a promover las acciones de diagnóstico temprano y reducción de la nefropatía diabética e hipertensiva
5426 (diciembre 29)	Por la cual se autoriza un giro con cargo a los recursos del FOSYGA - subcuenta de solidaridad de los valores deficitarios a las cajas de compensación FENALCO del Tolima y Confamiliar Cartagena por valor de 412.312.142,79 y 29.467.125,56
5430 (diciembre 29)	Por la cual se establecen los indicadores de gestión, eficiencia y rentabilidad de las empresas operadoras del juego de apuestas permanentes o chance
5435 (diciembre 30)	Por la cual se aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. Para la vigencia fiscal 2010 por valor de 16.099.006.717.129
5456 (diciembre 31)	Por la cual se autoriza a algunos laboratorios para que realicen análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano
5457 (diciembre 31)	Por la cual modifica el artículo 5 de la Resolución 3673 de 2009- asignar recurso del fondo de solidaridad FOSYGA a las entidades territoriales para financiar cupos
5468 (diciembre 31)	Por la cual resuelve unos recursos de apelación y confirma en todas y cada una de sus partes la Resolución 3673 de 2008. En la cual ISS adición la resolución 885 de 2003 que acepto la conmutación pensional del BCH
5469 (diciembre 31)	Por la cual se concede autorización para disponer de cadáveres no reclamados o los componentes anatómicos de los mismos para fines de investigación a la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología – SCCOT con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C.

## RESOLUCIONES 2010

Número	Asunto
112 (enero 15)	Por la cual se otorga un permiso transitorio- Secretaria de Salud Departamental de Santander
172 (enero 22)	Por la cual se modifican parcialmente los artículos 3° y 4° de la Resolución 4283 de 2003 – Dirección Territorial de Casanare
183 (enero 25)	Por la cual se reglamenta el artículo 15 del Decreto 133 de 2010 / ES
366 (enero 28)	Por la cual se definen algunas condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC y se dictan otras disposiciones
423 (febrero 1)	Por la cual se prorroga un permiso transitorio por un periodo de seis meses a partir del 15/02/10. para ejercer la medicina y la especialidad de cirujano cardiovascular en la Fundación Valle del Lili de Santiago de Cali departamento del Valle del Cauca
424 (Febrero 1)	Por la cual se reconoce personería jurídica a la organización de derecho privado sin ánimo de lucro Fundación DIME Colombia –IPS
448 (febrero 3)	Por la cual se definen los elementos para el pago anticipado a las instituciones prestadoras de servicios de salud por concepto de reclamaciones ECAT presentadas al FOSYGA por atenciones médico asistenciales derivadas de los daños causados a las personas en accidentes de tránsito, glosadas con estado de auditoría devuelto al 18 de enero de 2010 y los mecanismos de compensación en casos de glosos no subsanadas /ES
464 (febrero 4)	Por la cual se da cumplimiento a una sentencia proferida por el tribunal administrativo de Cundinamarca – Sección Segunda – Subdirección A

Número	Asunto
465 (febrero 4)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el termino de un mes a partir del 4/02/10 al hospital universitario del Quindío San Juan de Dios ESE
493 (febrero 8)	Por la cual se amplía el termino de vigencia del certificado de proporcionalidad para tramites de visa previstos en la Resolución 0977 de 2009 y modifica su artículo tercero
506 (febrero 9)	Por la cual resuelve un recurso de reposición y modifica parcialmente la resolución no. 04581 del 26/11/09 en el sentido de aclarar el nombre del primer suplente del representante legal de la Empresa Dupont de Colombia S.A es el Sr. Danilo Herrera Ojalora
516 (febrero 10)	Por la cual se otorga registro sanitario a un producto plaguicida para uso en salud pública
526 (febrero 11)	Por medio de la cual se adopta la Tabla de Retención Documental del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones
527 (febrero 11)	Por la cual se modifica el parágrafo del artículo 6 y el artículo 13 de la Resolución 126 de 2009. respecto a tiendas naturistas
530 (febrero 11)	Por medio de la cual se establecen los criterios para definir los cupos indicativos de los recursos de excedentes de la subcuenta ECAT del FOSYGA apropiados mediante la Ley 1365 de 2009 destinados a apoyar a las entidades territoriales y los criterios para su asignación y distribución y los procedimientos para su distribución y giro
547 (febrero 12)	Por medio de la cual se establece el precio máximo de reconocimiento de recobros para algunos medicamentos / ES
548 (febrero 12)	Por la cual se reglamentan los comités técnico científicos, se establece el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA- y se dictan otras disposiciones aplicables durante el periodo de transición de que trata el artículo 19 del decreto legislativo 128 de 2010 /ES
506 (febrero 9)	Por la cual se resuelve un recurso de reposición –maíz
624 (febrero 19)	Por la cual se realiza la convocatoria para la elección de los representantes al consejo nacional de discapacidad - CND- señalados en los literales d) y e) del artículo 10 de la ley 1145 de 2007
648 (febrero 19)	Por la cual se resuelve un recurso de reposición interpuesto por el gobernador del departamento de Risaralda contra la Resolución 05071 del 15/12/09
660 (febrero 22)	Por la cual se amplía la cobertura del programa de protección social al adulto mayor financiado con recursos de la subcuenta de subsistencia del fondo de solidaridad pensional por valor de 3.971.313.500
715 (febrero 24)	Por la cual se establece el procedimiento de administración del distintivo de habilitación de que trata el anexo técnico de la Resolución 1043 de 2006 y el procedimiento para actualizar la denominación de los servicios de salud en estos distintivos
725 (febrero 25)	Por la cual se liquida y reconoce un pago en cumplimiento de una sentencia – Juan Carlos Trujillo Jiménez
730 (febrero 25)	Por la cual se adopta el formato de certificación de calificación de invalidez previsto en el Decreto 4942 de 2009
733 (febrero 26)	Por la cual se establece la cobertura y se efectúa una convocatoria para la entrega de ayudas técnicas de movilidad personal. mobiliario y adaptaciones para vivienda en la modalidad de subsidio económico indirecto a personal con discapacidad y personal adultos mayores a través de la subcuenta de subsistencia del fondo de solidaridad pensional
763 (marzo 2)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la institución sin ánimo de lucro denominada Fundación Amigos Que Sanan ONG-IPS
831 (Marzo 8)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria de la entidad sin ánimo de lucro denominada Fundacion Leonor Goelkel
909 (marzo 15)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la institución sin ánimo de lucro denominada Corporación para la Atención y Diagnostico de Enfermedades Milagro
921 (marzo 16)	Por la cual se hace una asignación parcial del presupuesto de gastos de inversión del MPS protección al adulto mayor por valor de 532.526.469.188

Número	Asunto
934 (marzo 16)	Por la cual se realiza una asignación parcial de los recursos de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad pensional del MPS por valor de 6.705.708
975 (marzo 18)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria – corporación IPS Cruz Blanca
976 (marzo 18)	Por la cual se corrige un yerro en la Resolución 0493 de 2010. certificado de proporcionalidad para el trámite de visa tendrá valides por seis meses
977 (marzo 18)	Por la cual se ordena el reajuste de las pensiones por Hansen para el año 2010.
1004 (marzo 19)	Por la cual se modifica la Resolución 1747 de 2008 modificada por las resoluciones 2377 de 2008. 199. 990. 1184 y 2249 de 2009 concejales municipales o distritales
1031 (marzo 19)	Por la cual se modifica el artículo 6 de la Resolución 2997 de 2007 modificado por el artículo 1 de la Resolución 715 de 2009 requisitos fisicoquímicos y microbiológicos de los lactosueros en polvo
1033 (Marzo 19)	Por la cual se renueva una licencia para la prestación de servicios de protección radiológica y estudios de control de calidad – Germán Ramírez
1035 (marzo 19 )	Por la cual se constituye el Patrimonio Autónomo para el recaudo administración y giro de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud
1055 (marzo 23)	Por la cual se da de baja un bien de los activos fijos y cuentas de balance del MPS y se autoriza su cesión a título gratuito a la ESE Hospital Local Nuestra Señora de Santa Ana – Magdalena
1056 (marzo 23)	Por la cual se da de baja unos bienes de los activos fijos y cuentas de balance del MPS y se autoriza su cesión a título gratuito al Centro Hospital Divino Niño ESE de Tumaco – Nariño
1057 (marzo 23)	Por la cual se establece el reglamento técnico sobre requisitos sanitarios que debe cumplir la miel de abejas para consumo humano
1058 (marzo 23)	Por medio de la cual se reglamenta el servicio social obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud
1059 (marzo 23)	Por la cual se otorga un permiso transitorio – Fundación Clínica Shaio
1060 (marzo 23)	Por la cual se otorga un permiso transitorio – fundación Clínica Shaio
1106 (marzo 24)	Por la cual se define el traslado de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA destinados a la cofinanciación del régimen subsidiado de salud al patrimonio autónomo
1160 (marzo 29)	Por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la institución sin ánimo de lucro denominada asociación hogar para el niño especial
1118 (marzo 25)	Por la cual se corrige un yerro en el numeral 14 del artículo 2 de la resolución 4578 de 2009 – sorteos de la Lotería de la Beneficencia del Cauca
1155 (marzo 29)	por la cual se establecen los criterios para la asignación de los recursos de Programa 630- transferencias - subprograma 304- servicios integrales de salud - mejoramiento red de urgencias y atención de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito
1160 (marzo 29)	por la cual se aprueba una reforma estatutaria a la institución sin ánimo de lucro denominada Asociación hogar el niño especial
1180 (marzo 30)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el termino de un mes contado a partir de del 3 de abril de 2010 para ejercer la medicina y cirugía en el hospital san Vicente de Paul del municipio de Caldas Antioquia
1188 (marzo 30)	Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA por valor de 1.321.804.458.61
1219 (abril 8)	Por la cual se amplía el plazo en el anexo número 1 de la Resolución 0624 del 19/02/10 y se aclara el anexo número 2 de la misma resolución
1220 (abril 8)	Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización. Operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres- CRUE

Número	Asunto
1257 (abril 9)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el término de seis (6) meses con intervalos de tiempo al Centro Colombiano de Fertilidad y Esterilidad CECOLFES Ltda.
1258 (abril 9)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el término de un mes a partir del 17/04/10 para ejercer la medicina y cirugía en la Fundación Hospital San José de Buga- departamento del Valle del Cauca
1265 (abril 12)	Por medio de la cual se establece el valor máximo de reconocimiento para algunos medicamentos – ES
1282 (abril 13)	Por la cual se otorga un permiso transitorio por el término de un mes a partir de 15/04/10. para ejercer la medicina y cirugía en la ciudad de San José de Cúcuta- ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz
1319 (abril 15)	Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura para la elaboración y adaptación de dispositivos médicos sobre medida de prótesis y órtesis ortopédica externa
1326 (abril 16)	Por la cual se crean las inspecciones de trabajo de el Bagre y la Jagua de Ibirico y se modifica el artículo tercero de la Resolución 4283 de 2003
1424 (abril 22)	Por la cual se da cumplimiento al artículo 1° del Decreto 1313 de 2010.
1462 (abril 26)	Por la cual se da cumplimiento al artículo 1° del Decreto 1313 de 2010.
1494 (abril 28)	Por la cual se modifica el numeral 3 del artículo 2° de la Resolución 4578 de 2009.
1499 (abril 29)	Por la cual se modifica la Resolución 00001424 del 23 de abril de 2010.

### ACUERDOS CNSSS 2009

Número	Asunto
414 (septiembre 18)	Por el cual se establecen unas medidas para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud relacionadas con las licencias de maternidad.
415 (septiembre 18)	Por el cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

### ACUERDOS CRES 2009

Número	Asunto
01 (junio 25)	Por el cual se adopta el reglamento de la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud
03 (julio 30)	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
04 (septiembre 30)	Por el cual se le da respuesta a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional
05 (septiembre 30)	Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008
07 (diciembre 29)	Por el cual se modifica el Artículo 11 del Acuerdo N° 001 de 2009. Reglamento de la Unidad Administrativa Especial de la Comisión de Regulación en Salud
08 (diciembre 29)	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
09 (diciembre 30)	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010.

## ACUERDOS CRES 2010

Número	Asunto
011 (enero 29)	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional. Publicado en el Diario Oficial 47613 del 4 de febrero de 2010.
012 (enero 29)	Por medio del cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
013 (marzo 30)	Por medio del cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
014 (abril 8)	Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009.