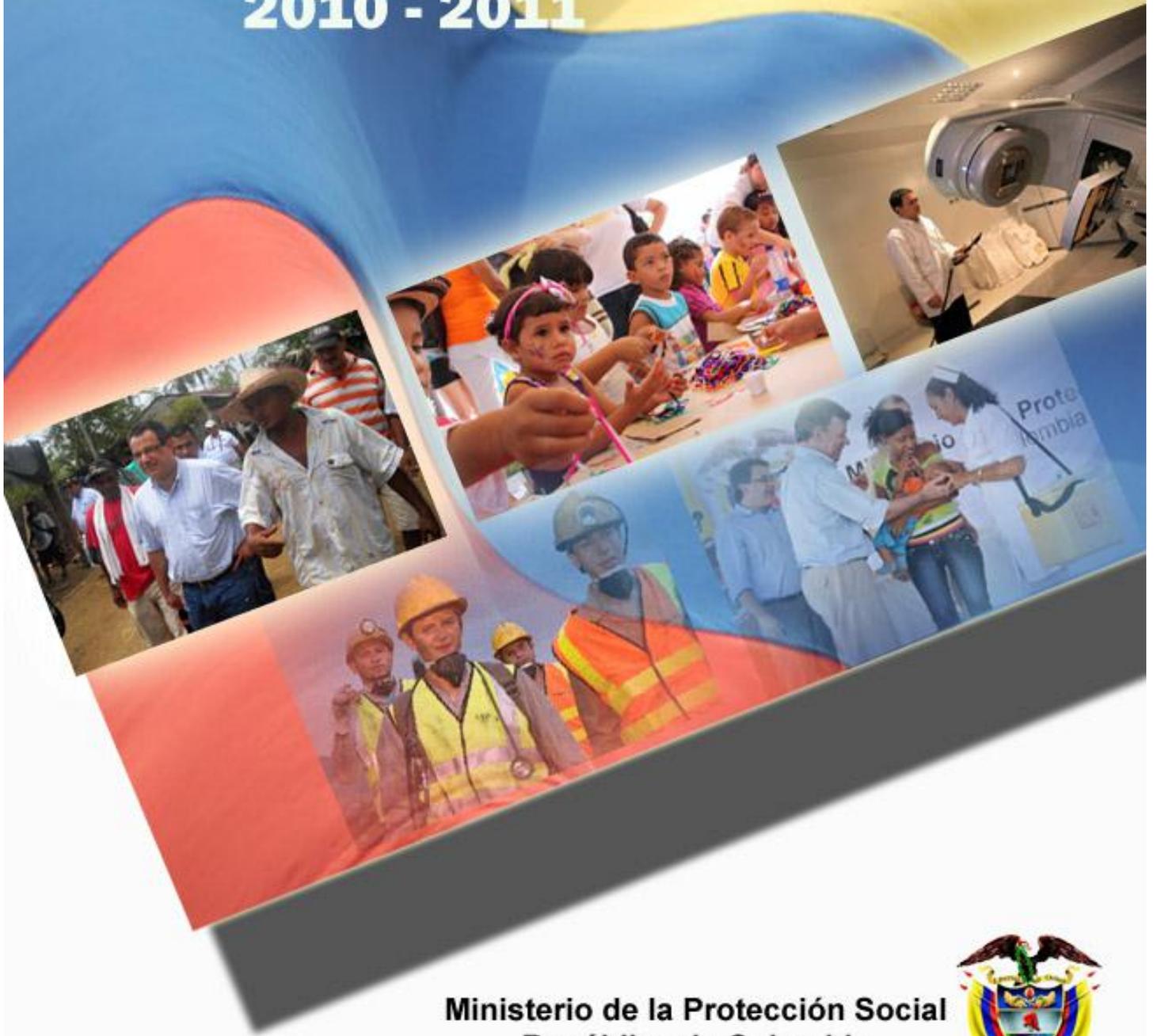


# Informe al Congreso 2010 - 2011



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Libertad y Orden

Prosperidad  
para todos



Libertad y Orden  
**República de Colombia**

**SECTOR DE LA PROTECCION SOCIAL**  
**INFORME DE ACTIVIDADES**  
**2010 - 2011**

**AL HONORABLE CONGRESO DE LA REPUBLICA**

Bogotá, D.C. Julio de 2011

República de Colombia  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

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

Informe de Actividades 2010-2011

Al Honorable Congreso de la República

2011

**JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN**

Presidente de la República

**MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA**

Ministro de la Protección Social

**JAVIER HUMBERTO GAMBOA BENAVIDES**

Viceministro Técnico

**BEATRIZ LONDOÑO SOTO**

Viceministra de Salud y Bienestar

**LUZ STELLA VEIRA DE SILVA**

Viceministra (E) de Relaciones Laborales

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

## **DESPACHO MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**Javier Antonio Villarreal Villaquirán**

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**

**Carlos Alberto Díaz Rueda**

Director General de Planeación y Análisis de Política

**Norman Julio Muñoz Muñoz**

Director 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

**Natalia Ariza Ramírez**

Directora General de Promoción del Trabajo

**VICEMINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR**

**Carolina Londoño Araque**

Directora General de Calidad de Servicios

**Jesús Orlando Gracia Fajardo**

Director General de Gestión de la Demanda en Salud

**Lenis Enrique Urquijo Velásquez**

Director General de Salud Pública

**Susana Margarita Helfer-Vogel**

Directora General de Promoción Social

**Carlos Mario Ramírez Ramírez**

Director General de Riesgos Profesionales

**Alba Rocío Rueda Gómez**

Directora General Fondo Nacional de Estupefacientes

**DIRECTIVOS ENTIDADES ADSCRITAS SECTOR PROTECCION SOCIAL**

**Elvira Forero Hernández**

Directora General Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

**Camilo E. Bernal Hadad**

Director General Servicio Nacional de Aprendizaje

**Conrado Adolfo Gómez Vélez**

Superintendente Nacional de Salud

**Juan Gonzalo López Casas**

Director General Instituto Nacional de Salud

**Blanca Elvira Cajigas de Acosta**

Directora General Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

**Raúl Hernando Murillo Moreno**

Director General Instituto Nacional de Cancerología

**Juan José Muñoz Robayo**

Gerente Sanatorio de Agua De Dios

**Jesús Alfonso Suárez**

Gerente Sanatorio de Contratación

**Eduardo Benítez Maldonado**

Superintendente de Subsidio Familiar

**Javier Ignacio Cormane Fandiño**

Director General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

**Jaime Luis Lacouture Peñalosa**

Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

**Francisco Álvaro Ramírez Rivera**

Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República

**DIRECTIVOS ENTIDADES VINCULADAS SECTOR PROTECCION SOCIAL**

**Mario Andrés Urán Martínez**

Director General Caja de Previsión Social de Comunicaciones

**Silvia Helena Ramírez Saavedra**

Presidente Instituto Seguros Sociales

**INFORME AL CONGRESO 2010-2011**

**CONTENIDO**

**PRESENTACIÓN**

<b>1. HACIA UN SISTEMA DE SALUD MÁS EQUITATIVO, DE MAYOR CALIDAD Y SOSTENIBLE</b>	<b>19</b>
1.1. EQUIDAD Y ACCESIBILIDAD	19
1.2. CALIDAD EN EL SERVICIO Y OPORTUNIDAD	27
1.3. OPTIMIZACIÓN Y FLUJO DE RECURSOS DEL SECTOR	34
1.4. SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	40
1.5. INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	62
1.6. PROMOCIÓN SOCIAL	78
1.7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD	86
<b>2. SISTEMA GENERAL DE PENSIONES Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS DE APOYO AL ADULTO MAYOR</b>	<b>103</b>
2.1. AFILIACIÓN	103
2.2. RECONOCIMIENTO	114
2.3. SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS DE APOYO AL ADULTO MAYOR	115
<b>3. PRIMERA INFANCIA, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES</b>	<b>122</b>
3.1. PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	122
3.2. NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	122
<b>4. TRABAJO</b>	<b>127</b>
4.1. LEY DE FORMALIZACIÓN Y GENERACIÓN DE EMPLEO	127
4.2. OPORTUNIDADES LABORALES	128
4.3. TRABAJO EN CONDICIONES DIGNAS Y DECENTES	138
4.4. DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA ACCEDER AL MERCADO LABORAL	152
4.5. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL SECTOR TRABAJO	152

## PRESENTACIÓN

En cumplimiento del artículo 208 de la Constitución Política, el cual establece que “los ministros y los directores de departamentos administrativos presentarán al Congreso, dentro de los primeros 15 días de cada legislatura, informe sobre el estado de los negocios adscritos a su ministerio o departamento administrativo, y sobre las reformas que consideren convenientes”, el Ministerio de la Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República el informe sobre la gestión adelantada por el sector durante el periodo comprendido entre Julio de 2010 y Junio de 2011.

Para dar cumplimiento a esta obligación, el presente informe contiene la gestión realizada por el sector en materia de salud, pensiones, primera infancia y trabajo.

Se presenta a continuación una reseña de los principales logros alcanzados en este período, en el cual se destacan: el avance en la universalización del aseguramiento con un 96% de la población afiliada a algún régimen de salud, la aprobación de la Ley de la Reforma a la Salud, la implementación de mecanismos para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud, el fortalecimiento a la red pública hospitalaria, el control del gasto en medicamentos, la implementación de mecanismos de inspección, vigilancia y control en salud y en trabajo, la Ley de Formalización y Generación de Empleo, la disminución de la tasa de desempleo y la actuación del Ministerio de la Protección Social para hacer frente a la ola invernal.

A mediados de 2010 el sistema de salud enfrentaba la existencia de ineficiencias que retrasaban el flujo de recursos, encarecían el sistema y perjudicaban la prestación del servicio. Lo anterior obligó a tomar medidas que permitieran superar estas ineficiencias en un marco de sostenibilidad. Algunas de las medidas tomadas que se destacan son: la Ley 1393 de 2010, con la cual se fortalecieron las rentas existentes y se tomaron medidas para evitar la evasión y elusión de aportes en salud; y la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El objetivo principal de la Ley de la Reforma a la Salud es hacer que el sistema brinde servicios de mayor calidad, sea más equitativo en un marco de sostenibilidad, y en que el centro de todos los esfuerzos sea el usuario. La Ley busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que mediante un modelo de Atención Primaria en Salud, permitirá la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano, que brinde servicios de mayor calidad, sea incluyente, equitativo y sostenible, en donde todos los esfuerzos estén orientados al bienestar de los usuarios.

En la Ley se destacan, entre otros, disposiciones para garantizar la universalidad del aseguramiento y la portabilidad nacional, la estrategia de Atención Primaria en Salud en un marco de sostenibilidad financiera y de administración eficiente de los recursos. Así mismo, la reforma incluye la atención preferencial de niños, niñas y adolescentes, formación de talento humano en salud, política farmacéutica, organización de redes de prestación de servicios y fortalecimiento de hospitales, la articulación de los sistemas de información y disposiciones para hacer más efectiva las funciones de inspección, vigilancia y control.

Progresivamente, se vienen unificando los contenidos de los planes del régimen contributivo y subsidiado para que todos los colombianos tengan derecho a los mismos beneficios. Hoy en Colombia, el 43 por ciento de la población colombiana tiene unificado el plan de servicios. La apuesta del Gobierno es que el proceso de unificación de los dos regímenes concluya a más tardar en 2014. Durante el segundo semestre de 2011, comenzará la unificación del plan para 2.250.000 mayores de 60 años. A fin de 2011, el 52% de la población

tendrá unificado y actualizado el plan de beneficios incluyendo las enfermedades que más afectan a los colombianos, mientras que el POS será actualizado antes de diciembre del presente año..

En esta misma línea, dentro de la Ley, se destacan disposiciones para generar nuevos recursos al sector salud de manera permanente que permitirán financiar la unificación del Plan de Beneficios. Hecho de mayor relevancia si se tiene en cuenta que a mediados de 2010 el sistema de salud mostraba problemas estructurales en términos financieros y se preveía que por efecto del aumento en el valor de los recobros y la necesidad de recursos para nivelar y actualizar los planes de beneficio, el sistema arrojaría unos déficits crecientes que alcanzarían un 0.8% del PIB en el año 2015.

No obstante, desde agosto de 2010 el MPS se ha dado a la tarea de aumentar los recursos para el sector salud con dos propósitos básicos: (i) atenuar el previsible déficit y asegurar la sostenibilidad del sistema y (ii) obtener recursos suficientes y de fuentes sostenibles para financiar necesidades apremiantes para el sistema: actualización y unificación de los planes de beneficios, el mejoramiento de la red pública de hospitales, el fortalecimiento de las acciones de salud pública y el aumento de la cobertura en el régimen subsidiado.

Así, mediante la expedición de la Ley 1438 de 2011, las apropiaciones establecidas en el Marco de Gasto de Mediano Plazo, el efecto de la Ley 1393 de 2010 y otras medidas implementadas aumentaron en cerca de \$1,5 billones, que llegarán a un total de 2.5 billones de pesos en 2014. El aporte directo del Gobierno establecido en el MGMP, que será el de mayor participación en el mediano plazo con valores alrededor de \$1,1 billones de pesos, se destinará a la ampliación de cobertura y principalmente a la unificación de los planes de beneficios. A la unificación también se destinarán los recursos provenientes de los incrementos en la tarifa de IVA a licores y a juegos de suerte y azar establecidos por la Ley 1393.

Finalmente, lo recaudado por la sobretasa de 10% al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se destinará, en orden de prioridad, a la universalización en el aseguramiento, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y, en caso de quedar excedentes, a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Las proyecciones dan cuenta de que gracias a las medidas implementadas el sistema es sostenible en el largo plazo.

Por otro lado, desde el primer día de gobierno el Ministerio de la Protección Social ha trabajado coordinadamente con el grupo elite anticorrupción para detectar posibles manejos inadecuados de los recursos destinados a la salud de los colombianos.

Gracias al trabajo con las entidades de control se dio un golpe contundente a la corrupción al detectar una defraudación que podría alcanzar los \$100.000 millones, cifra que podría ser superior una vez se cuente con los resultados finales de las acciones de los organismos de control, y que se realizaba mediante el levantamiento de las glosas a los recobros presentados por las EPS que en una primera instancia habían sido negados.

Los recobros por servicios o medicamentos no incluidos en el plan de beneficios habían ascendido en 2009 a 1,7 billones y eran un ambiente propicio para actos de corrupción como los que fueron detectados. Ante esta situación el Ministerio tomó medidas inmediatas (eliminó las mesas de trabajo individual para el levantamiento de glosas particulares con EPS y se cambió el personal de dirección del Ministerio encargado del sistema,

realizó todo una reestructuración al proceso de recobros para garantizar su transparencia) y otras medidas de carácter estructural.

No obstante lo anterior, el crecimiento acelerado de los recobros en los últimos años seguía siendo una de las grandes amenazas para la sostenibilidad del sistema de salud. En efecto, los recobros por eventos NO POS crecieron a una tasa anual promedio de 80% entre 2002 y 2010, y para 2010 alcanzaron los 2,3 billones.

Mientras que el valor pagado por recobros presentados en junio y julio del 2010 superó los 220 mil millones de pesos mensuales, en el último paquete pagado correspondiente a los recobros presentados en mayo del 2011 se pagaron menos de 145 mil millones. Esto quiere decir que, si esta tendencia continúa, durante el 2011 se ahorrarán más de 700 mil millones de pesos.

Uno de los logros más importantes del sector durante el primer año de gobierno ha sido el de haber cambiado la tendencia de los recobros por primera vez en 14 años. El crecimiento exponencial e injustificado de los recobros al Fosyga por eventos no incluidos en el Plan de Beneficios y que son ordenados por decisiones de Comités técnico-Científicos o fallos de tutela, se había convertido en la principal amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud. Entre las medidas adoptadas, vale la pena señalar la expedición del Decreto 4474 de 2010, por el cual se adoptan medidas para establecer el valor máximo para el reconocimiento y pago de recobro de medicamentos con cargo a los recursos del Fondo de solidaridad y garantía – Fosyga; y la Resolución 4377 de 2010, para la trazabilidad de los recobros, entre otras. Así las cosas, entre diciembre 2010 y mayo 2011 se han reducido en más del 20% los recobros mensuales, pasando de un promedio de recobros de \$220.000 a \$145.000 millones mensuales.

Estas medidas, sumadas a las acciones anticorrupción emprendidas por el Gobierno Nacional, con la activa participación del Ministerio de la Protección Social y en coordinación con los organismos de control, han contribuido de manera decisiva en la desactivación del problema de los recobros. Sin embargo, la solución estructural a esta problemática pasa por la implementación de fundamentales instrumentos previstos en la citada Reforma al Sistema de la Salud: la actualización integral del Plan de Beneficios, la Creación del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y la puesta en marcha de las Juntas Técnico Científicas de pares, medidas que se implementarán a lo largo del año y que reducirán de manera definitiva la ocurrencia de los recobros en el sistema.

Teniendo en cuenta que el tema de los medicamentos debe abordarse desde una perspectiva integral, en este año el Ministerio ha planteó dentro sus objetivos principales establecer controles al gasto del sistema en medicamentos, favorecer el uso de genéricos y mejorar la calidad y el acceso de los usuarios. Como se mencionó anteriormente, el Decreto 4474 y la Resolución 4377 permitieron avanzar en términos de disminuir el gasto en medicamentos y en impulsar la utilización de medicamentos genéricos, ya que, entre otras medidas, se estableció que los medicamentos de marca no podrán ser recobrados cuando su correspondiente principio activo esté incluido en el POS.

Sin embargo, para mejorar la calidad y acceso a los medicamentos se hace indispensable contar con una Política Nacional Farmacéutica y de Dispositivos Médicos que hasta el momento el país no ha construido de manera articulada con los Ministerio de Hacienda y Comercio Industria y Turismo. Esta política integral continuará desarrollándose en los meses siguientes y resultará en una propuesta de documento CONPES que estará listo en agosto.

Por otra parte, y como una de las primeras medidas implementadas en desarrollo de la ley 1438, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 971 de 2011 mediante el cual se establece el mecanismo de operación del giro directo a las entidades prestadoras de salud (EPS) y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de los recursos destinados a financiar el régimen subsidiado. Esta medida constituye una verdadera revolución en materia de transparencia, y eficiencia en el flujo de recursos de la salud. Con el giro directo el tiempo promedio desde el envío de los recursos de la Nación hasta los prestadores de servicios se reduce de 100 días en promedio a menos de 10 días aproximadamente.

Lo anterior se logra mediante la simplificación de los pasos necesarios para que los recursos lleguen a los prestadores de servicios. Así mismo, hace más transparente la operación del Sistema ya que se gira a cada EPS de acuerdo con los registros de las personas que han sido aseguradas y reportadas en la Base Única de Afiliados (BDUA) previo aval del municipio. Igualmente, se define que antes de terminar el año, parte importante de los recursos se girará directamente a los prestadores públicos que tengan contratos bajo la modalidad de capitación. Desde abril se han girado, bajo este esquema, cerca de \$1,2 billones en 1.061 municipios.

Respecto a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en especial los hospitales, el gobierno se enfocó en apoyar el saneamiento de la cartera. EN este sentido la nación asignó en 2010 a las entidades territoriales \$704.000 millones destinados al saneamiento de cartera, por concepto de atenciones a la población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado. Dichos recursos, se giraron de forma directa por parte del gobierno nacional a las instituciones hospitalarias y entidades promotoras de salud del régimen subsidiado acreedoras de las entidades territoriales, lo cual a su vez fortaleció el flujo de recursos y la liquidez de los prestadores de servicios.

De igual forma, para afrontar la situación actual de falta de liquidez, el gobierno diseñó, un conjunto de medidas de corto plazo y estructurales, que inyectan cerca de \$1 billón a la red hospitalaria la red hospitalaria. Aparte, la Ley 1438 de 2011 incluyó la definición de un plan de saneamiento de cartera de hospitales públicos que se complementa con medidas estructurales que simplifican el flujo de recursos, mejoran la gestión de cartera y limitan su acumulación en el tiempo.

Las medidas de corto plazo están relacionados con la inyección de recursos para el pago de No-POS, la presupuestación y el giro de los excedentes y saldos de liquidación de los contratos de aseguramiento, el levantamiento de la glosa de extemporaneidad para los recobros retenidos únicamente por este caso, la formulación de líneas de crédito blando con Findeter y Bancoldex y la entrada en funcionamiento del Fonsaet y el Fondo de Garantías para el Sector Salud, entre otras.

Estas medidas, que principalmente son de liquidez, estarán acompañadas de un programa de fortalecimiento técnico y de saneamiento financiero de los hospitales públicos para el cual el Gobierno ha destinado \$800.000 millones entre 2012 y 2014 financiados parcialmente con recursos de crédito del Banco Interamericano de Desarrollo. Estos recursos fortalecerán financieramente a los hospitales, al tiempo que se mejoran sus indicadores de resultados en salud.

El fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control es uno de los factores críticos que permiten que las reformas implementadas en el sector salud logren los resultados esperados. Por esta razón en el primer año de gobierno fue una de las prioridades del Ministerio de la Protección Social trabajar intensamente para fortalecer con más recursos y más herramientas a la Superintendencia Nacional de Salud.

Fruto de este trabajo se logró duplicar el presupuesto de la Superintendencia Nacional de Salud al pasar de \$40 mil millones en 2011 a \$80 mil millones desde 2012 con lo que habrá más investigadores y de mayor nivel técnico. Adicionalmente, desde 2011 se aumentaron en \$30.000 millones los recursos para supervisión de Régimen Subsidiado.

Además del incremento en los recursos, la Superintendencia se ha dotado de mejores herramientas para llevar a cabo sus funciones de IVC en especial en lo que tiene que ver con calidad en la prestación de los servicios, el flujo oportuno de recursos y la oportunidad en la atención. Entre estas herramientas están la desconcentración a nivel regional con lo que tendrá una mayor cobertura en el país, el fortalecimiento de la figura de Defensor del Usuario, la ampliación de la función jurisdiccional y la Creación de las Juntas Técnico Científicas de Pares, y el fortalecimiento de las sanciones. En este contexto, se adelantaron procesos de inspección, vigilancia y control en la generación y flujo de los recursos en salud, aseguramiento y calidad en la prestación de servicios, protección al usuario y participación ciudadana, medidas especiales y la función conciliatoria y jurisdiccional.

En Salud Pública cabe resaltar que el trabajo del sector salud y nuestro Plan de Contingencia han podido limitar los efectos en salud de la ola invernal y hasta la fecha NO SE HAN PRESENTADO EPIDEMIAS de problemas como las infecciones respiratorias, el Cólera, la Malaria o el Dengue que pueden incrementarse en una emergencia invernal.

Hasta la fecha la Nación, a través del MPS y el Fondo Nacional de Calamidades, han dispuesto recursos cercanos a 127 mil millones de pesos para adquisición de vacunas, vigilancia en salud pública, prevención de dengue y malaria, compra de equipos, fortalecimiento de la red de urgencias, recuperación de la infraestructura física de salud afectada, entre otros. Así mismo, se han registrado cerca de 280 jornadas de salud para la atención de la población damnificada y se seguirán realizando. Esto a través del trabajo que realizan entidades como Caprecom, la Fuerza Aérea Colombiana, el Ejército y la Armada Nacional y los propios hospitales, entre otros.

Adicionalmente, se lanzó una campaña de vacunación que beneficiará a más de 220 mil personas afectadas por el invierno, en 156 municipios, de 22 departamentos del país. La campaña tiene como objetivo primordial garantizar coberturas óptimas de vacunación para más de 89 mil niños y niñas menores de seis años, 99 mil mujeres entre 15 y 44 años y 35 mil adultos mayores de 60 años. Los niños y niñas menores de seis años de estas poblaciones recibirán tratamiento con antiparasitarios y vitaminas. Estas acciones forman parte del compromiso adquirido en el Plan Nacional de Desarrollo, que están consignadas en la formulación de la Estrategia “De Cero a Siempre” la cual garantiza una atención integral a la primera infancia de nuestro país.

Esta campaña de vacunación busca fortalecer el liderazgo que las entidades territoriales deben tener en el proceso de acompañamiento a las familias afectadas por la temporada invernal. En este sentido, las acciones propuestas desde el nivel nacional deben ser complementadas con la reincorporación psicosocial de las familias a la cotidianidad, en la disminución de la violencia intrafamiliar y en el goce de una sexualidad segura. Así mismo, esta campaña refuerza el programa permanente de vacunación existente en estos 22 departamentos, con personal experto que adelantará estrategias de vacunación en los albergues y casa a casa.

Durante este primer año se ha registrado un avance importante para consolidar el modelo de aseguramiento, y más importante aún para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Llevar a cabo esta tarea, que abarca todos los espectros mencionados anteriormente, no es fácil, y el ejercicio responsable de evaluación arroja un listado de acciones a priorizar a lo largo de lo que resta de este cuatrienio para terminar de afianzar los objetivos de la cartera de la Protección Social. En particular se han identificado los siguientes retos:

1. **Volcar el sistema hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** El objetivo del Gobierno Nacional es construir un sistema de salud que realmente promueva y genere salud, que brinde fácil acceso a servicios de buena calidad a todos los colombianos, sin importar su capacidad de pago, bajo la premisa fundamental de que la salud es un derecho. Los principales indicadores van a dejar de ser financieros y el sistema va a girar en torno a indicadores de salud. Se evaluarán resultados en salud, satisfacción de los usuarios, calidad y oportunidad en la prestación del servicio
2. **Aumentar la cobertura y el acceso a los servicios a toda la población:** La Ley 100 creó un buen sistema que mejoró la situación de la salud en Colombia, especialmente en cobertura, acceso y equidad. En 1997 la cobertura apenas alcanzaba el 58%, mientras que en 2010 ya se había alcanzado el 96%. En cuanto a los más pobres, la cobertura en 2003 era del 47% y para el 2010 la cobertura del régimen subsidiado fue del 98%. Las cifras también muestran que los incrementos en cobertura se han reflejado en mejoras efectivas en el acceso a los servicios, reducción de enfermedades y protección al bolsillo de los hogares.
3. **Mejorar el Modelo de Aseguramiento:** Se va a mantener el concepto de aseguramiento en el sistema de salud pero bajo responsabilidad pública que se puede delegar en administradoras privadas o mixtas. La labor principal de estas administradoras es hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera fuerte y curar a la población de todo lo que se enferme. Para esto, las administradoras deberán cumplir tres requisitos fundamentales: cumplir una buena labor de administración del riesgo, prestación de servicios con calidad basándose en indicadores de salud, buenos indicadores de gestión y financieros. Las administradoras que no cumplan con un estándar satisfactorio en los indicadores, no formarán parte del sistema. El objetivo es llegar a tener pocas aseguradoras que sean fuertes y que brinden a los colombianos una prestación de servicios con calidad y equidad.

En este escenario, se parte del respeto por la autonomía médica, al tiempo que el Gobierno está en disposición de revisar y estudiar el tema de integración vertical, de tal manera que los recursos en salud solo sean utilizados para este fin y que no se cometan abusos en el sistema.

4. **Incrementar y fortalecer la regulación, inspección, vigilancia y control:** Para que este modelo sea exitoso es necesaria buena regulación y una inspección, vigilancia y control muy fuertes. La estrategia que tiene el Gobierno es pasar el control de la parte financiera de las aseguradoras a manos de la Superintendencia Financiera. Por su parte, el control y vigilancia para el cumplimiento de los indicadores de la salud será labor de la Superintendencia Nacional de Salud.

Una estrategia que ya se está implementando, y que se seguirá haciendo en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, es enviar unas auditorías especiales tanto a las

administradoras como a los hospitales para revisar el flujo de recursos y garantizar que éste fluya de manera rápida y oportuna para poder prestar los servicios a la población.

- 5. Ejecutar el plan para el fortalecimiento y potencialización de la Red Pública Hospitalaria como eje fundamental del sistema:** El Gobierno tiene como prioridad rescatar y darle gran relevancia a la red pública hospitalaria. Se van a adelantar varias acciones para lograrlo. En primer lugar, es necesario revistar y estudiar detalladamente cuánto es realmente la cartera de los prestadores públicos. Para esto, ya el Ministerio está trabajando en conciliar las cifras y poder trabajar sobre datos reales.

En segundo lugar, como Gobierno, seguiremos inyectando recursos a la red con el fin de sobrepasar exitosamente la coyuntura de liquidez que está enfrentando el país. Como ya se explicó detalladamente, en lo restante del año 2011 inyectaremos más de 1 billón de pesos a la red pública hospitalaria.

Sin embargo, se hará una inspección y vigilancia fuerte a estos prestadores para garantizar el uso adecuado de los recursos que sean utilizados exclusivamente para mejorar la prestación del servicio, mejorar la calidad, la oportunidad, los indicadores de gestión y de salud. Así como se les ayudará a los hospitales, se les exigirá resultados.

- 6. Ampliar el giro directo de recursos que administra la Nación a toda la red pública hospitalaria:** A pesar de los grandes avances logrados en este primer año girando directamente los recursos de la nación a prestadores del servicio de salud en 1.061 municipios, las dos grandes metas para el período que viene son: (i) hacer giro directo de los recursos a toda la red pública hospitalaria. Para esto, se requiere el compromiso y colaboración de los hospitales ya que para poder hacer el giro del dinero es necesario conocer con certeza el monto. (ii) Lograr que las administradoras paguen a los hospitales en los plazos establecidos.

Con las medidas que ya se han mencionado se busca fortalecer la red pública hospitalaria y convertirla en eje del sistema. Sin embargo, se hará una inspección y vigilancia fuerte a estos prestadores para garantizar el uso adecuado de los recursos y que sean utilizados exclusivamente para mejorar la prestación del servicio, mejorar la calidad, la oportunidad, los indicadores de gestión y de salud. Así como se les ayudará a los hospitales, se les exigirá resultados.

- 7. Unificar y universalizar el Plan de Beneficios:** El Plan de Beneficios debe ser universal de tal forma que se le pueda garantizar a todos los colombianos, sin importar su capacidad de pago, que serán curados de todo lo que se enfermen. La meta es tener este Plan de Beneficios Universal en abril del 2012.

Adicionalmente, se unificará el Plan de Beneficios del régimen contributivo y el régimen subsidiado, es decir, existirá uno solo, un único plan, para todos los colombianos. El proceso de unificación se va a realizar por grupos etarios a lo largo del país buscando privilegiar a la población más vulnerable. El primer grupo de la población que entrará en este proceso son los adultos mayores de 60 años quienes representan el 17% de la población. Con este grupo en la unificación ya tendríamos al 52% de los colombianos con un plan de beneficios unificado, estos serían, los menores de 18 años, los habitantes de Barranquilla y Cartagena que fueron piloto y los mayores de 60 años. De manera progresiva se incluirá a la población entre 18 y 35 años y más adelante entre 35 y 60 años. Aunque

el compromiso del Gobierno es tener completa la unificación en el 2014, se están adelantando las gestiones para acelerar el proceso y tenerlo listo en el 2012.

Con el fin de cumplir con los requerimientos de la Corte Constitucional, en noviembre de 2011 se va a entregar una actualización del Plan Obligatorio de Salud actual para ir avanzando. Sin embargo, vale la pena aclarar que el objetivo de Gobierno es darle a Colombia un Plan de Beneficios Universal.

8. **Revisar el tema de Recursos humanos:** El Ministerio de la Protección Social está consciente del problema que ha surgido respecto a la proliferación de facultades de medicina en el país. Actualmente existe una sobre oferta de médicos generales y un déficit de especialistas. Teniendo en cuenta la importancia para el sistema de salud y para el país de la formación de talento humano, se van a revisar y estudiar posibles soluciones en conjunto con los profesionales de la salud, la academia y otros actores del sector interesados en el tema.
9. **Mejorar los sistemas de información:** Uno de los objetivos más importantes es fortalecer los sistemas de información. Para esto, un primer paso es que se van a articular las bases de datos con la de la Registraduría Nacional para solucionar el problema de la inclusión de fallecidos en las bases de datos. Se puede decir que esta estrategia se divide en tres partes.
  - a. Creación del esquema de Afiliación Única y su articulación con la DIAN y UGPP para mayor control. Se unificarán las bases de datos existentes, RUAF (Seg. Social), BDUA (compensación en salud) y RUA (MHCP).
  - b. Creación de un sistema de información para la administración única de la afiliación a la seguridad social.
  - c. Modelo de información que reúna los indicadores en salud para evaluar los resultados de todos los actores del sistema: departamentos, hospitales, EPS, Gobierno, profesionales de la salud.
10. **Implementar una política farmacéutica integral:** Para mejorar la calidad y acceso a los medicamentos es indispensable contar con una Política Nacional Farmacéutica y de Dispositivos Médicos que garantizará el uso adecuado y acceso equitativo en condiciones de calidad a los medicamentos y dispositivos médicos; basada en la primacía de la salud pública, la transparencia y la sana competencia del mercado y estimulará el desarrollo e innovación en la industria farmacéutica y de dispositivos médicos.

En el plano laboral, como parte de la estrategia integral del Gobierno Nacional para crear 2,5 millones de empleos y formalizar 500 mil, se expidió la Ley de Formalización y Generación de Empleo. Esta Ley, aprobada por el Congreso de la República en diciembre de 2010, busca formalizar empresas que hoy son informales, generar más empleos formales y mejorar los ingresos de la población informal, de los desempleados en desventaja y de los pequeños empresarios.

La Ley contempla que para las pequeñas empresas (menores de 50 trabajadores) que se creen o se formalicen, a partir de la vigencia de la Ley, tendrán un régimen de pagos progresivos del impuesto de renta, matrícula mercantil y parafiscales. En el caso del impuesto de renta y el pago de parafiscales, habrá progresividad durante cinco años, lo que implica exención en los dos primeros años y aumentos graduales hasta llegar al 100%. Es decir que se pagará en el tercer año 25%, en el cuarto el 50%, en el quinto el 75%

hasta llegar al 100% en el sexto. También se contempla que dichas empresas no paguen la inscripción en el registro mercantil, cancelen 50% en la primera renovación, 75% en la segunda y la totalidad a partir de la tercera.

Para los nuevos empleos de personas que estuvieran fuera del mercado laboral formal, que ganen entre 1 y 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes, los parafiscales serán descontados del impuesto de renta. Para estimular la generación de empleos entre los menores de 28 años, la Ley contempla exenciones para las empresas que creen nuevas plazas de trabajo para esta población, con la condición de que se incremente el número de empleados, el monto total de la nómina y que no haya sustitución de trabajadores.

Asimismo, la norma contempla que el beneficio se extienda para las empresas que contraten mujeres mayores de 40 años, que lleven más de un año fuera del mercado laboral, así como a reinsertados, desplazados y personas con discapacidad. La Norma permite que las personas que se formalicen continúen beneficiándose de los programas sociales del Estado como el Régimen Subsidiado de Salud y el Sisbén.

En respuesta a la Ley, en los primeros seis meses del año, el número de empresas que se han formalizado en el programa de desarrollo empresarial llegó a 211.000. Prueba de la confianza en la formalización de las empresas y los trabajadores colombianos es el aumento en los cotizantes a pensiones. Entre julio 2010 y abril 2011 aproximadamente 290.853 nuevas personas se han afiliado al sistema general de pensiones. Adicionalmente, en el mismo periodo se registraron 6.828.126 afiliados al sistema general de riesgos profesionales y 6.054.970 a cajas de compensación familiar. Así, en menos de un año el país está cerca de alcanzar una tasa de desempleo de un dígito, meta del Gobierno para el cuatrienio. Para el mes de junio de 2011 la tasa de desempleo a nivel nacional fue del 10.9% frente a 11.6% en junio de 2010. Esta tasa es la más baja en los meses de junio para los últimos 5 años. En las 13 áreas metropolitanas creció más el empleo asalariado que el empleo por cuenta propia. El asalariado creció 5,4% y el cuenta propia 4,9%. Se están generando empleos de buena calidad.

En materia de derechos de los trabajadores se estableció un ambicioso programa que, avalado por el Gobierno de Estados Unidos, permitió descongelar el trámite del Tratado de Libre Comercio entre Colombia y Estados Unidos en ese país. Algunos de los principales elementos de dicho plan de acción que se encuentra en vías de implementación son: la creación del Ministerio de Trabajo, el fortalecimiento de la inspección laboral, el aumento en el número de inspectores, la capacitación y el fortalecimiento del diálogo tripartito y la difusión de los derechos laborales.

Sobre la creación del Ministerio de Trabajo, se hizo un convenio con la OIT con el objetivo de construir la estructura de este Ministerio basado en las experiencias de Brasil y Chile. Con relación al número de inspectores de trabajo, se incluyeron en el presente año 100 nuevos inspectores, lo cual permitirá fortalecer la actividad correspondiente al sector de la Inspección, Vigilancia y Control del trabajo en Colombia en todos los sectores. Durante el cuatrienio, el compromiso es incorporar 800 inspectores de trabajo, de los cuales ya se han vinculado 480.

Hoy, existen en Colombia 2.790 sindicatos legalmente registrados. El 70% de los sindicatos corresponde al sector privado, y el 30% al público. Sin embargo, se debe trabajar la confianza tripartita. Es decir que la Interacción sindical empresarial debe ser de total confianza. En tal sentido se realizará una campaña que construya herramientas pedagógicas y creativas para que los trabajadores de las cooperativas puedan defender sus derechos.

Adicionalmente, y por segundo año consecutivo, Colombia no fue incluida en la lista de 25 países que son llamados de manera individual a rendir informe por las observaciones realizadas con base en el Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, al tiempo que, Colombia regresó como titular al Consejo de Administración de la OIT, del cual no hacía parte desde 1998, gracias al reconocimiento de sus políticas laborales hechas por las delegaciones tripartitas de 182 países del mundo. La decisión se tomó con un 96% de favoritismo.

En materia de inspección, vigilancia y control en trabajo, se viene ejecutando setecientos millones de pesos (\$700.000.000) en el Fortalecimiento del Sistema de Inspección. En el segundo semestre 2010 se desarrollaron las acciones dirigidas a fortalecer el esquema de prevención del Sistema de IVC, entre los cuales podemos mencionar las siguientes: se realizaron 30 visitas por parte de este Despacho a las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales de Trabajo con el objeto de hacerle el seguimiento al fortalecimiento del sistema de inspección laboral, se llevaron a cabo 5 seminarios dirigidos a los servidores públicos de las Direcciones Territoriales.

Así, con la expedición del Decreto 1128 del 2011 y con la Resolución 1286 del 2011, se ha avanzado en el fortalecimiento del recurso humano ya que por un lado se incrementa la planta en cien (100) cargos de Inspector de Trabajo y por otro lado se amplía la capacitación especialmente para que cumplan la función de inspección en las Cooperativas de Trabajo Asociado. De hecho, en 2011 se han adelantado tres (3) seminarios dirigidos a cien (100) Inspectores de Trabajo en Derecho Laboral y Seguridad Social. Estas capacitaciones se llevaron a cabo en la Universidad Nacional de Colombia.

## 1. HACIA UN SISTEMA DE SALUD MÁS EQUITATIVO, DE MAYOR CALIDAD Y SOSTENIBLE

### 1.1. EQUIDAD Y ACCESIBILIDAD

#### Unificación Plan de Beneficios

Progresivamente se vienen unificando los contenidos de los planes del régimen contributivo y subsidiado para que todos los colombianos tengan derecho a los mismos beneficios. Hoy en Colombia, el 43 por ciento de la población colombiana tiene unificado el plan de servicios. El proceso de unificación de los dos regímenes terminará en el 2014. En el segundo semestre de 2011 comenzará la unificación del plan para 2.250.000 mayores de 60 años. A fin de 2011, el 60% de la población tendrá unificado y actualizado el plan de beneficios incluyendo las enfermedades que más afectan a los colombianos. En el caso del POS, en diciembre de 2011 deberá estar actualizado. La estrategia para unificar los planes de beneficios se desarrollará en un plazo de 4 años (2011-2014).

#### Requisitos

A continuación se relacionan los requisitos necesarios para que la estrategia de implementación descrita se lleve a cabo de la forma planeada:

- Determinar la población pobre no asegurada para el año 2011 y siguientes, la cual resulta de la aplicación de la metodología III de la encuesta Sisben, cuyos puntos de corte para el caso de salud se establecieron conjuntamente con DNP pero no han sido oficializados por el gobierno nacional. Lo anterior, dado el trade-off existente entre los recursos de oferta-demanda, en cuyo caso no es posible exigir una transformación y elaborar un plan financiero, si se desconoce la población real a ser atendida con dichos recursos.
- Precisar los recursos necesarios de oferta (no sujetos de transformación) requeridos para garantizar la sostenibilidad financiera de los prestadores de servicios de salud públicos, ubicados en zonas con población rural dispersa en donde los ingresos por contratos con EPS no garanticen su sostenibilidad.
- Armonizar los planes de transformación para la unificación con la red de servicios de salud disponibles en cada departamento, de forma que se garantice la oportuna prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional.

## Afiliación y Coberturas

Para el año 2010, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud ascendió a 42.125.523, creciendo con respecto al año inmediatamente anterior en el 3.0%. El siguiente cuadro muestra la distribución de estos afiliados en el régimen contributivo y subsidiado y su peso porcentual en el Sistema, logrando así una cobertura total del 92.5% frente a la población total.

**Cuadro 1**  
**Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.**  
**(Régimen Subsidiado y Contributivo)**

Régimen	Personas afiliadas	% de la población afiliada al SGSSS	% de la población total
Contributivo	18.296.885	43,4%	40,2%
Subsidiado	21.606.512	51,3%	47,5%
Especiales	2.222.126	5,3%	4,8%
Población cubierta	42.125.523	100,00	92,5%
Población no cubierta	3.384.061		7,5%
<b>Total población según DANE para el año 2010.</b>			<b>45.509.584</b>

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 2010. Cálculos Dirección General de Planeación y Análisis de Política.

A junio de 2011, se estima que el 96% de los colombianos están afiliados al sistema de salud; 19 millones de colombianos están en el régimen contributivo y 22,1 millones en el subsidiado.

## Administración Régimen subsidiado de salud

Con el propósito de avanzar en la consolidación de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población más pobre y vulnerable, durante la vigencia 2010 se expidieron normas y directrices que le permitieron a esta población ingresar a la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA.

En desarrollo de dicho proceso se pasó de 23.373.913 cupos contratados en el Régimen Subsidiado durante la vigencia 2009, a 21.609.544 personas afiliadas activas y cargadas en Base de Datos Única de Afiliados BDUA, contratadas por las entidades territoriales durante la vigencia 2010, según informe del Consorcio Fidufosyga 2005 - corte 30 de abril de 2011, vigencia contractual que finalizó el 31 de marzo de 2011 (ver cuadro)

En cumplimiento de las directrices para la universalización del aseguramiento las entidades territoriales avanzaron, al pasar de 20.750.941 afiliados en el Régimen Subsidiado, cargados en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA al finalizar la vigencia contractual 2010, a 21.609.544 afiliados al Régimen Subsidiado cargados en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA, según el Consorcio Fidufosyga 2005 - corte 30 de

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

abril de 2011, de las cuales 21.330.458 se encuentran bajo la modalidad de subsidio pleno y 279.086 mediante subsidios parciales (ver cuadro).

**Cuadro 2**  
**Afiliados Contratados en el Régimen Subsidiado por Departamento**

Departamento	Total cupos contratados marzo 31 de 2010	Total cupos contratados subsidios plenos abril de 2011	Total cupos contratados subsidios parciales abril de 2011	Total cupos contratados abril de 2011
<b>Inpec</b>		79.254		79.254
Antioquia	2.538.702	2.394.747	5.614	2.400.361
Atlántico	1.202.213	1.058.674	33.432	1.092.106
Bogotá D.C.	1.608.495	1.317.403	29.378	1.346.781
Bolívar	1.344.156	1.205.598	3.585	1.209.183
Boyacá	835.956	709.814	7.250	717.064
Caldas	539.570	507.018	18.911	525.929
Caquetá	284.426	275.943	9	275.952
Cauca	946.215	855.999	3.300	859.299
Cesar	766.747	751.983	8.570	760.553
Córdoba	1.137.063	1.105.932	9.617	1.115.549
Cundinamarca	1.192.005	896.656	18.429	915.085
Chocó	392.746	358.823	306	359.129
Huila	808.193	708.855	3.224	712.079
La Guajira	586.242	534.687	3.898	538.585
Magdalena	888.292	842.394	34.218	876.612
Meta	420.984	367.055	764	367.819
Nariño	1.114.011	1.120.727	1.750	1.122.477
Norte de Santander	902.707	824.135	6.215	830.350
Quindío	278.085	261.977	-	261.977
Risaralda	256.091	355.992	2.263	358.255
Santander	1.049.310	911.626	11.606	923.232
Sucre	713.569	673.923	-	673.923
Tolima	768.671	753.304	53	753.357
Valle	1.828.792	1.593.670	75.918	1.669.588
Arauca	189.190	180.377	744	181.121
Casanare	238.537	191.332	32	191.364
Putumayo	257.493	236.455	-	236.455
San Andrés	27.693	21.978	-	21.978
Amazonas	47.979	48.819	-	48.819
Guainía	34.681	35.456	-	35.456
Guaviare	76.058	62.891	-	62.891
Vaupés	26.460	19.506	-	19.506
Vichada	72.581	67.455	-	67.455
<b>General</b>	<b>23.373.913</b>	<b>21.330.458</b>	<b>279.086</b>	<b>21.609.544</b>

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosya – Corte 30 de Abril de 2011

**Cuadro 3**  
**Afiliados cargados en BDUA del Régimen Subsidiado por Departamento**

Departamento	Total cupos contratados Marzo 31 de 2010	Total afiliados cargados en BDUA subsidios plenos abril de 2011	Total afiliados cargados en BDUA subsidios parciales abril de 2011	Total afiliados cargados en BDUA abril de 2011
<b>Inpec</b>		68.441	19	68.460
<b>Antioquia</b>	2.538.702	2.282.049	4.832	2.286.881
<b>Atlántico</b>	1.202.213	1.204.383	17.665	1.222.048
<b>Bogotá D.C.</b>	1.608.495	1.264.363	56.710	1.321.073
<b>Bolívar</b>	1.344.156	1.309.718	3.524	1.313.242
<b>Boyacá</b>	835.956	670.864	5.147	676.011
<b>Caldas</b>	539.570	451.310	16.729	468.039
<b>Caquetá</b>	284.426	229.543	-	229.543
<b>Cauca</b>	946.215	933.234	2.045	935.279
<b>Cesar</b>	766.747	770.696	10.021	780.717
<b>Córdoba</b>	1.137.063	1.218.813	334	1.219.147
<b>Cundinamarca</b>	1.192.005	941.803	11.426	953.229
<b>Choco</b>	392.746	368.400	5	368.405
<b>Huila</b>	808.193	721.265	1.658	722.923
<b>La Guajira</b>	586.242	588.327	4.472	592.799
<b>Magdalena</b>	888.292	923.337	17.326	940.663
<b>Meta</b>	420.984	365.473	200	365.673
<b>Nariño</b>	1.114.011	1.101.943	2.297	1.104.240
<b>Norte de Santander</b>	902.707	808.896	2.683	811.579
<b>Quindío</b>	278.085	251.637	158	251.795
<b>Santander</b>	1.049.310	890.292	13.083	903.375
<b>Sucre</b>	713.569	730.694	64	730.758
<b>Valle</b>	1.828.792	1.644.416	82.290	1.726.706
<b>Arauca</b>	189.190	180.351	2	180.353
<b>Casanare</b>	238.537	208.740	2	208.742
<b>Putumayo</b>	257.493	248.923	814	249.737
<b>San Andrés</b>	27.693	22.443	-	22.443
<b>Amazonas</b>	47.979	43.293	75	43.368
<b>Guainía</b>	34.681	32.028	-	32.028
<b>Guaviare</b>	76.058	66.781	-	66.781
<b>Vaupés</b>	26.460	22.471	-	22.471
<b>Vichada</b>	72.581	32.374	1	32.375
<b>General</b>	<b>23.373.913</b>	<b>21.682.859</b>	<b>255.323</b>	<b>21.938.182</b>

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosyga – Corte 30 de Abril de 2011

La categorización poblacional afiliada al Régimen Subsidiado, a nivel nacional, discriminada por departamentos, se relaciona a continuación:

### Población Desplazada

La población desplazada afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados, con corte 30 de Abril de 2011, corresponde a 872.651; la distribución por departamento se puede observar en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4**  
Población Desplazada cargada en BDU

Departamento	Total	Departamento	Total	Departamento	Total
Amazonas	462	Choco	1.455	Putumayo	21.010
Antioquia	79.892	Córdoba	36.671	Quindío	8.784
Arauca	9.160	Cundinamarca	23.351	Risaralda	15.211
Atlántico	35.726	Guainía	268	San Andrés	9
Bogotá D.C	74.568	Guaviare	6.003	Santander	28.952
Bolívar	30.259	Huila	43.395	Sucre	70.316
Boyacá	2.482	Inpec	27	Tolima	19.912
Caldas	19.443	La Guajira	19.213	Valle del Cauca	82.462
Caquetá	27.753	Magdalena	86.032	Vaupés	27
Casanare	5.703	Meta	26.259	Vichada	1.125
Cauca	22.934	Nariño	27.008		
Cesar	36.424	Norte de Santander	10.355		
Total General					<b>872.651</b>

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosyga – Corte 30 de Abril de 2011

### Población Indígena

La población indígena afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados con corte 30 de Abril de 2011 corresponde a 1.248.874 personas; su distribución por departamento se puede observar en el siguiente cuadro.

**Cuadro 5**  
Población indígena cargados en BDU

Departamento	Total	Departamento	Total	Departamento	Total
Amazonas	23.412	Choco	53.350	Norte de Santander	2.160
Antioquia	26.045	Córdoba	112.403	Putumayo	38.708
Arauca	7.171	Cundinamarca	1.626	Quindío	253
Atlántico	2.865	Guainía	25.456	Risaralda	15.160
Bolívar	4.013	Guaviare	2.861	Santander	711
Boyacá	3.621	Huila	6.690	Sucre	71.144
Caldas	41.698	Inpec	1	Tolima	24.359
Caquetá	2.949	La Guajira	295.827	Valle del Cauca	14.461
Casanare	3.691	Magdalena	23.399	Vaupés	20.985
Cauca	188.298	Meta	16.664	Vichada	16.229

<b>Cesar</b>	60.947	Nariño	139.858	
	<b>Total General</b>			<b>1.248.874</b>

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosyga – Corte 30 de Abril de 2011

### Población Desmovilizada

La población desmovilizada del conflicto armado afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados, con corte 30 de Abril de 2011, corresponde a 46.829 personas; su distribución por departamento se observa en el siguiente cuadro:

**Cuadro 6**

Población Desmovilizada cargada en BDU A

Departamento	Total	Departamento	Total	Departamento	Total
<b>Amazonas</b>	24	Cesar	2.525	Nariño	215
<b>Antioquia</b>	7.985	Choco	32	Norte de Santander	2.359
<b>Arauca</b>	66	Córdoba	8.831	Putumayo	139
<b>Atlántico</b>	1.930	Cundinamarca	546	Quindío	179
<b>Bogotá D.C</b>	4.092	Guainía	8	Risaralda	669
<b>Bolívar</b>	1.188	Guaviare	69	Santander	2.066
<b>Boyacá</b>	347	Huila	900	Sucre	1.002
<b>Caldas</b>	548	Inpec	9	Tolima	920
<b>Caquetá</b>	522	La Guajira	269	Valle del Cauca	2.511
<b>Casanare</b>	379	Magdalena	4.274	Vaupés	1
<b>Cauca</b>	491	Meta	1.728	Vichada	5
	<b>Total General</b>				<b>46.829</b>

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosyga – Corte 30 de Abril de 2011

### Resto de Poblaciones

La población caracterizada como resto de población afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados con corte 30 de Abril de 2011 corresponde a 19.769.828, la distribución por departamento se puede observar en el siguiente cuadro:

**Cuadro 7**

Resto de poblaciones cargada en BDU A

Departamento	Resto Población	Departamento	Resto Población	Departamento	Resto Población
<b>Amazonas</b>	19.470	Cesar	680.821	Norte de Santander	796.705
<b>Antioquia</b>	2.172.959	Choco	313.568	Putumayo	189.880
<b>Arauca</b>	163.956	Córdoba	1.061.242	Quindío	242.579
<b>Atlántico</b>	1.181.527	Guainía	6.296	Risaralda	321.583
<b>Bogotá D.C</b>	1.240.554	Guaviare	57.848	San Andrés	22.434

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

<b>Bolívar</b>	1.277.782	Huila	671.938	Santander	871.646
<b>Boyacá</b>	669.561	Inpec	68.423	Sucre	588.296
<b>Caldas</b>	406.350	La Guajira	277.490	Tolima	689.485
<b>Caquetá</b>	198.319	Magdalena	826.958	Valle del Cauca	1.627.272
<b>Casanare</b>	198.969	Meta	321.022	Vaupés	1.458
<b>Cauca</b>	723.556	Nariño	937.159	Vichada	15.016
<b>Total General</b>					<b>19.769.828</b>

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Consorcio Fidufosyga – Corte 30 de Abril de 2011

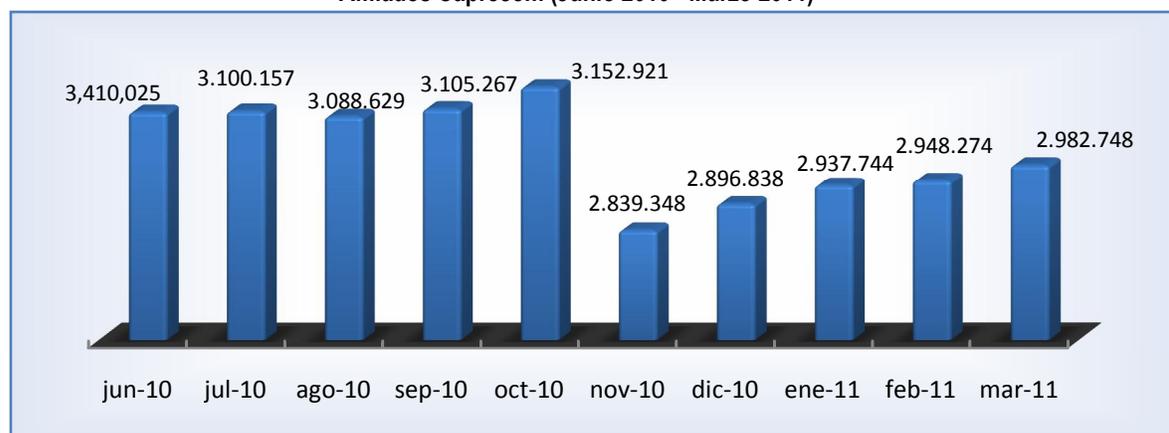
En lo que respecta a Caprecom, como operador del régimen subsidiado, en 2011 se evidencia un crecimiento del 3% de la población cargada efectivamente en BDUA, con relación a la del 31 de diciembre de 2010, al pasar de 2.896.836 a 2.982.748.

La verificación de cada uno de los procesos establecidos en la normatividad y la implementación de buenas prácticas ha permitido consolidar los procesos de traslado, las novedades e inclusión de afiliados a las bases del FOSYGA, generando que desde Octubre de 2010 a Marzo de 2011, se tenga cargado el 95.23% de su población activa y se espera que para el mes de mayo de 2011, las bases de producción y BDUA sean concordantes.

Para el periodo junio 2010- marzo 2011, se registró una disminución de 427.277 afiliados, como consecuencia, principalmente del retiro de 395.893 afiliados del municipio de Medellín.

El número de afiliados, al inicio del periodo reportado, era de 3'410.025, en tanto que a marzo del año en curso se registraron 2'982.748 afiliados; el comportamiento de la variable a lo largo del periodo bajo estudio se puede observar en la siguiente gráfica.

**Gráfico 1**  
**Afiliados Caprecom (Junio 2010 - Marzo 2011)**



Fuente: Caprecom. Subdirección EPS

### Administración del Régimen contributivo de salud

Evaluated el promedio anual de afiliados compensados para el año 2010, frente al mismo comportamiento del año anterior, se encontró un incremento del 2.66% al pasar de 17.563.485 a 18.043.376. El siguiente cuadro ilustra la distribución actual de afiliados por EPS.

**Cuadro 8**  
Promedio Anual de Afiliados Compensados por EPS o EOC  
Diciembre 2010

EPS	Cotizantes	Beneficiarios	Adicionales	Afiliados	DF*
EPM - Departamento Médico	4.972	6.284	74	11.330	2,23
FPS de los FF NN	29.472	21.873	2.173	53.518	1,62
Salud Colmena EPS S. A.	167.136	167.961	665	335.762	2,00
Salud Total S. A. EPS	696.731	881.189	944	1.578.864	2,26
Cafesalud EPS S. A.	331.181	391.510	409	723.100	2,18
EPS Sanitas S. A.	461.008	391.997	3.311	856.316	1,84
Compensar EPS	352.524	327.840	1.704	682.068	1,92
EPS Prog. Comfenalco Antioquia	159.311	168.707	1.118	329.136	2,04
SuSalud EPS - (Suramericana)	618.596	613.475	6.340	1.238.411	1,97
Comfenalco Valle EPS	133.484	152.542	765	286.791	2,13
EPS Saludcoop	1.553.743	2.072.262	1.499	3.627.504	2,33
Humana Vivir S. A. EPS	82.196	99.026	18	181.240	2,20
EPS Servicios Médicos Colpatria	34.563	30.978	309	65.850	1,88
Cooameva EPS	1.258.727	1.556.687	4.302	2.819.716	2,23
EPS Famisanar LTDA	630.287	669.013	1.601	1.300.901	2,06
EPS Servicio Occidental de Salud	338.263	410.756	1.401	750.420	2,21
Cruz Blanca EPS S. A.	257.455	313.030	169	570.654	2,21
SolSalud S. A. EPS.	84.386	94.418	0	178.804	2,12
SaludVida S. A. EPS	33.878	28.937	0	62.815	1,85
SaludColombia EPS S. A.	9.252	24.080	7	33.339	3,60
Red Salud Atención Humana S. A.	24.840	35.203	0	60.043	2,42
La Nueva EPS S. A.	1.176.657	1.063.117	1.179	2.240.953	1,90
Multimédicas Salud con Calidad EPS S. A.	7.704	17.142	0	24.846	3,23
Golden Croup S. A. EPS	10.099	20.896	0	30.995	3,07
<b>Total</b>	<b>8.456.465</b>	<b>9.558.923</b>	<b>27.988</b>	<b>18.043.376</b>	<b>2,13</b>

\*Densidad Familiar: Es la relación entre afiliados y los cotizantes

**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 abril de 2010. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

**Cuadro 9**

Afiliados por Tipo de Entidad 2010

EPS o EOC	Cotizantes	Beneficiarios	Adicional	Afiliados	D.F.
Adaptadas	34.444	28.157	2.247	64.848	1,97
Mixta (Nueva EPS)	1.176.657	1.063.117	1179	2.240.953	1,90
Privadas	7.245.364	8.467.649	24.562	15.737.575	2,52
<b>Total General</b>	<b>8.456.465</b>	<b>9.558.923</b>	<b>27.988</b>	<b>18.043.376</b>	<b>2,13</b>

\*Densidad Familiar: Es la relación entre afiliados y los cotizantes

Fuente: Dirección General de Planeación Análisis de Política – Grupo de Sistemas de Información. Información con corte a abril de 2010. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones.

## 1.2. CALIDAD EN EL SERVICIO Y OPORTUNIDAD

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

En el marco de la política nacional de prestación de servicios de salud y teniendo como propósito el mejoramiento del acceso a la prestación de los servicios de salud y de la eficiencia en el uso de los recursos, se desarrollaron acciones, desde el Ministerio de la Protección Social, dirigidas a las direcciones territoriales de salud e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

En este contexto, las acciones desarrolladas como parte del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud se centraron en asistencia técnica para el diseño y operación de redes de prestación de servicios por parte de las direcciones territoriales de salud, incluyendo el estudio de la organización de la red del departamento y la definición y puesta en operación de redes que permitan el adecuado acceso de servicios por parte de la población, eficiencia en el uso de los recursos y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas que hacen parte de la red.

Igualmente, se realizó acompañamiento a las direcciones territoriales de salud e instituciones hospitalarias públicas incluidas en convenios de desempeño suscritos con la Nación en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, dirigidas al mejoramiento de su gestión de producción, calidad y financiamiento que les facilite el cumplimiento de las metas y compromisos establecidos en los convenios.

De otra parte, y teniendo en cuenta la afectación en la prestación de servicios como consecuencia de la ola invernal, así como el incremento en la incidencia de algunos eventos prioritarios en salud, se fortalecieron las acciones para el ajuste de la capacidad de respuesta de las redes a las nuevas necesidades de la demanda, así como para el manejo integral de patologías prioritarias, especialmente el dengue.

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

En desarrollo del esquema de evaluación de la política de prestación de servicios de salud, durante el período mayo 2010 – mayo 2011 se continuaron las acciones dirigidas a efectuar la evaluación del desempeño de las Direcciones Territoriales de Salud e IPS públicas incluidas en convenios de desempeño en desarrollo del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, así como el estado de implementación de la política.

De otra parte, y en desarrollo de las acciones de seguimiento de la política de prestación de servicios y con el fin de contar con elementos para la evaluación del desempeño del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, que orienta la toma de decisiones frente a la formulación del Plan Nacional de Desarrollo del cuatrienio 2010 – 2014, se realizó una evaluación cualitativa de los diversos proyectos que hacen parte del Programa, así como un análisis comparativo de los resultados de gestión de los hospitales públicos que han sido incluidos en convenios de desempeño frente a los no incluidos.

En términos generales y a partir del análisis de los datos reportados por las instituciones prestadoras de servicios de salud, se puede concluir que las instituciones incluidas en convenios de desempeño suscritos entre la Nación y las entidades territoriales, han mejorado su desempeño, en términos de crecimiento de la producción de servicios, eficiencia en el uso de los recursos y sostenibilidad financiera.

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

En cumplimiento de las responsabilidades y atribuciones asignadas por el Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de la Protección Social viene adelantando acciones para la divulgación, implementación y ajuste del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), en la búsqueda de “generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”.

Son componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGC:

- Sistema Único de Habilitación
- Sistema Único de Acreditación
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
- Sistema de Información para la Calidad

Los avances en cada componente se resumen de la siguiente manera:

### **Sistema Único de Habilitación**

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, implementado a través de un aplicativo web que permite de manera ágil, segura y eficiente la inscripción, por parte de los prestadores de servicios de salud, ha venido cobrando importancia para la población en el ejercicio del control social de la calidad de los servicios, ya que esta inscripción es condición indispensable para ofertar y prestar servicios de salud en el territorio colombiano.

Como estrategia de mejoramiento continuo de la calidad, tal como lo establece el Decreto 1011 de 2006, se ha avanzado en la revisión, ajuste y concertación con los diferentes actores del sistema, de los estándares aplicables a los prestadores de servicios de salud. Así mismo, y en cumplimiento de lo establecido en el párrafo del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, se ajustaron los estándares de habilitación para la verificación y habilitación de los servicios oncológicos.

Por último, en materia de habilitación de entidades promotoras de salud, se expidieron los lineamientos para la implementación del Sistema de Administración de Riesgos (SAR) aplicable a las entidades del régimen contributivo y entidades adaptadas en la Fase III (2010) y Fase IV (2011).

## **Sistema Único de Acreditación y Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud**

Frente al Sistema Único de Acreditación, fue incluida como meta a 2010, la preparación de 200 IPS públicas para la acreditación. En relación con dicha meta, 204 IPS públicas recibieron asistencia técnica con el fin de mejorar sus procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, y los demás procesos estratégicos ligados al cumplimiento de condiciones superiores de calidad.

Las modalidades de asistencia técnica empleadas fueron la presencial y la virtual, afianzadas con el uso de la caja de herramientas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, disponible en la sala virtual de herramientas del Observatorio de Calidad. Adicionalmente, se realizaron capacitaciones en el uso de esta caja de herramientas, tales como el Diplomado de “Aplicación de Caja de Herramientas”, en el cual participaron 384 personas de IPS Públicas y los cursos virtuales en un número de 19. Al mes de mayo de 2011, se reporta un total de 20 IPS acreditadas, de las cuales 7 (35%) son públicas.

De otra parte, se ha dado inicio al desarrollo de acciones de asistencia técnica dirigidas a direcciones territoriales de salud, con el propósito de prepararlas para la acreditación, lo que les permitirá no solo el mejoramiento de la calidad en sus procesos de dirección, coordinación y vigilancia en el sector salud, sino que generará el primer paso tendiente a la desconcentración de los procesos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011.

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

El Sistema de Información para la Calidad (SIC) fue establecido con el propósito de contar con elementos que permitan el seguimiento a la calidad de los servicios, incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos y orientar a la población para la libre escogencia de entidad promotora de salud y de institución prestadora de servicios de salud, a partir de la información disponible.

Los indicadores del nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad fueron definidos como de obligatorio reporte por parte de entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, en la Resolución 1446 de 2006, incluyendo los dominios de “calidad técnica”, “gerencia del riesgo”, “oportunidad/accesibilidad” y “satisfacción/lealtad”.

La información aportada por los indicadores se ha correlacionado con las otras fuentes de información generadas en el contexto del Sistema de Información para la Calidad: “Estudio Latinoamericano de Eventos

adversos IBEAS”, “Estudio de Percepción de Calidad”, “Informe Nacional de Calidad”, así como dos estudios externos: Ranking de la defensoría del Pueblo (Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Servicios de Salud, 2009) y “Ranking de los mejores hospitales y clínicas de Latinoamérica”.

1. De los indicadores evaluados, 7, equivalentes al 58.3% presentaron mejor comportamiento en el corte 2010-1 con relación al semestre anterior, lo cual puede ser indicativo de una mejora de la calidad en el sistema, sin que pueda dejarse de tomar en cuenta la asimetría evidenciada por la mayor penetración del SOGC en instituciones hospitalarias de mayor tamaño
2. Las coberturas alcanzadas permiten afirmar que la información aportada por los indicadores presentados es trazadora en el sistema, no obstante aun es necesario alcanzar una mayor cobertura en prestadores para que esta pueda convertirse en criterio para la selección de IPS por parte del usuario
3. En relación con la acreditación en salud, es evidente su impacto en el posicionamiento de las instituciones acreditadas y en su mejor desempeño, lo cual se evidencia en la referenciación relativa de las instituciones colombianas con relación a otras instituciones latinoamericanas

El observatorio de calidad de la atención en salud concebido como un espacio para la recopilación, difusión y análisis transparente, técnico, participativo y crítico de información relevante sobre la calidad de la atención, desde su lanzamiento ha recibido 160.219 visitas provenientes de 68 países y 867 ciudades.

Su estrategia operacional procura combinar diferentes medios para obtener su propósito de internalizar y diseminar los procesos de calidad en Colombia. Para facilitar el acceso, la página web se ha modernizado y actualizado con los insumos de la exploración realizada a grupos focales de usuarios.

Para incentivar el análisis y la utilización de la información disponible, se han desarrollado mesas de trabajo presenciales y virtuales con la participación de expertos nacionales y extranjeros. Igualmente, y con el fin de articular acciones que potencialicen los esfuerzos del Observatorio, se constituyó la red de nodos para el intercambio de experiencias, a la cual se han integrado cuatro observatorios nacionales y un observatorio internacional (observatorio para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía España).

Igualmente, y con el fin de promover la seguridad del paciente, el Observatorio se ha enriquecido con un componente de *e-learning* y de aula virtual en la cual se encuentran la guía técnica y los lineamientos sobre Seguridad del Paciente. A través de los canales de Internet se han venido difundiendo las herramientas desarrolladas en beneficio de la calidad de la atención que reciben los usuarios del sistema.

## **Infraestructura Física Hospitalaria y Tecnología**

En esta área se ejecuta el proyecto de vulnerabilidad sísmica estructural que tiene como objetivo apoyar la realización de refuerzos sísmico-estructurales en instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, que presten servicios de mediana y alta complejidad, ubicadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia.

Las actividades desarrolladas en este campo son las siguientes:

- Asistencia técnica y capacitación a nivel nacional para la realización de proyectos de refuerzo estructural en cumplimiento de la Leyes 400 de 1997, 715 de 2001 y la Norma NSR-10
- Seguimiento a la ejecución de los recursos asignados al proyecto en las vigencias 2008 y 2009, para la ejecución de obras de refuerzo sísmico estructural.
- Asignación y seguimiento a los recursos dispuestos en el Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2010, por un total de \$12.600 millones, para la ejecución de obras de refuerzo sísmico estructural, los cuales se asignaron a las instituciones que aparecen en la siguiente cuadro:

**Cuadro 10**  
**Asignación de recursos para reforzamiento sísmico estructural de IPS públicas**  
**Vigencia 2010**

Departamento	Municipio	Hospital	Nivel	Valor asignado Millones \$
Cauca	Popayán	ESE Hospital San José	3	1.500.0
Cauca	Popayán	ESE Hospital Susana López de Valencia	2	600.0
Cundinamarca	Cáqueza	ESE Hospital San Rafael	2	1.000.0
Huila	Neiva	ESE Hospital Hernando Moncaleano Perdomo	3	2.000.0
Quindío	Armenia	ESE Hospital San Juan de Dios	3	1.500.0
Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras	3	1.500.0
Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Universitario del Valle	3	4.500.0
Total recursos				<b>12.600.0</b>

Fuente. Resoluciones de asignación de recursos. Dirección General de Calidad de Servicios.MPS

Durante el año 2011, se asignaron recursos de la vigencia por valor de \$2.000 millones para culminar el reforzamiento estructural del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Igualmente se participó en la formulación e implementación de la política regional de hospitales seguros en el Área Andina, en cumplimiento de la estrategia mundial de la reducción de la vulnerabilidad de las instalaciones de hospitalarias.

### Política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos

En el marco de lo dispuesto en el Capítulo IV de la Ley 1438 de 2011, relacionado con medicamentos, insumos y dispositivos médicos, con el propósito de optimizar la utilización de los mismos, evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad, se formuló e inició la implementación de un plan de trabajo que involucra cinco grandes objetivos, así:

- **Ajustar y adoptar la política farmacéutica, de insumos y de dispositivos médicos.** En 2003 se formuló la Política farmacéutica nacional, la cual requiere ser evaluada y renovada a la luz de los retos actuales, incluidos los de la Ley 1438 de 2011, y adicionando el componente de insumos y dispositivos médicos. Por lo anterior, se tiene previsto efectuar una evaluación de la política a partir de fuentes secundarias y de un diagnóstico de la situación actual con referenciación internacional que genere los insumos para la formulación y concertación de la Política que se adoptará por el CONPES.

- **Proponer alternativas de mejoramiento del sistema de información para la toma de decisiones en temas farmacéuticos.** El sistema de información de medicamentos es una herramienta valiosa, sin embargo existen debilidades en la misma que dificultan su uso continuado, en especial las inconsistencias asociadas a la estandarización de las unidades de concentración y presentación comercial. Así mismo existen inconsistencias y problemas de estandarización en la información registrada en INVIMA tanto en la asignación del código único de medicamentos (CUM), como en el registro de las indicaciones. Igual ocurre con la información de la base de datos de recobros. Adicionalmente, se ha establecido la importancia de fortalecer el equipo de profesionales de soporte y uso analítico de la información. Se parte de la premisa de realizar una revisión de la estructura técnica de los sistemas de información de medicamentos (SISMED, base de datos de registros de INVIMA y recobros) y mejoramiento a los contenidos y reportes para una muestra de medicamentos trazadores, de forma tal que una vez realizado este mejoramiento, se facilite su uso y sea más útil para la toma de decisiones.
- **Apoyar la formulación y adopción de procesos de priorización y evaluación de tecnologías en salud.** El mandato de la Ley 1438 de 2011, de crear el Instituto de evaluación de tecnologías, requiere establecer las estrategias de coordinación al interior del Ministerio de la Protección Social, los lineamientos para la formulación de los procesos y el ajuste institucional para priorización y evaluación de tecnologías en salud (IETS) a partir de referenciación internacional que adicionalmente sirvan de soporte al mejoramiento de los procesos de actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) y de recobro de No POS.
- **Gestionar la agenda normativa priorizada respecto a medicamentos y dispositivos médicos.** En cumplimiento de las funciones de regulación, el Ministerio de la Protección Social requiere establecer mecanismos de priorización de la expedición de normas de acuerdo con criterios de impacto y facilidad de gestión de las mismas, en los temas de medicamentos y dispositivos médicos, tomando como referencia los contenidos de la Ley 1438 y aquellas establecidas por el Grupo de Medicamentos de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y el INVIMA.
- **Identificar asuntos, intereses y posición del Ministerio de la Protección Social en la agenda de salud y en especial de los componentes farmacéuticos, a nivel internacional.** La dinámica de integración comercial y los procesos de armonización en el sector farmacéutico y de dispositivos médicos, demandan el establecimiento y configuración de posiciones coherentes del sector y una participación calificada, organizada y continua, en particular en relación con los componentes farmacéuticos y de tecnologías en salud.

Así mismo, de manera complementaria se encuentran las acciones gestionadas por el Fondo Nacional de Estupefacientes, que se resumen en:

## **Acciones relacionadas con Medicamentos de Control Especial**

Dando continuidad al trabajo iniciado en la anterior vigencia, y una vez presentado el respectivo estudio técnico a la Comisión Revisora del INVIMA, la cual conceptuó en el primer semestre del año 2010, de manera favorable para continuar con la reclasificación del Zolpidem como medicamento de control especial, el Fondo Nacional de Estupefacientes remitió al Ministerio de la Protección Social el proyecto de Resolución que

modifica el artículo séptimo de la Resolución N° 1478 de 2006, para incluir los productos que lo contengan, como medicamentos de control especial – franja violeta.

### Consumo de Medicamentos de Control Especial – MCE

Durante el periodo se garantizó la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos de control especial monopolio en un 100%, evitando así problemas de salud pública. Se efectuó el suministro de manera oportuna, eficiente y con calidad de los medicamentos monopolio del Estado: Opioides, tales como la morfina, hidromorfona, mepiridina y metadona (tratamiento del dolor agudo o severo por cáncer y/o SIDA), anticonvulsivantes como fenobarbital y primidona (tratamiento de la epilepsia) y estimulantes del sistema nervioso central como el metilfenidato (tratamiento de la hiperactividad) a los pacientes colombianos.

Se dio cumplimiento a la función social de la Unidad, permitiendo el acceso de la población en estado de mayor vulnerabilidad, como desplazados y enfermos en situación de pobreza, a los medicamentos monopolio a precios bajos, ejerciendo un estricto control en la distribución de los mismos y logrando que en todos los departamentos del territorio nacional se contara con existencias adecuadas de medicamentos.

Se ejerció el control al cumplimiento de los requisitos exigidos por la entidad para la distribución y venta de medicamentos de control especial monopolio, evitando el suministro a entidades que no cumplen los requisitos. El siguiente cuadro muestra el consolidado del movimiento de los medicamentos de control especial a diciembre de 2010, en donde se observan los consumos por venta a nivel nacional:

#### Cuadro 11

Consolidado de Ventas de Medicamentos a Nivel Nacional  
(Fecha de corte: 31 de diciembre de 2010)

Nombre Medicamento	Presentación	2010
Fenobarbital Elixir 0,4%	Frasco x 120 mL	20.001
Fenobarbital X 10 Mg Tabletas	Caja 30 tabletas	9.958
Fenobarbital X 50 Mg Tabletas	Caja 30 tabletas	19.311
Fenobarbital X 100 Mg Tabletas	Caja 30 tabletas	518.952
Fenobarbital X 40 Mg/MI.	Caja 10 ampollas	6.511
Fenobarbital X 200 Mg/MI.	Caja 10 ampollas	3.684
Hidromorfona HCl X 2 Mg/MI.	Caja 10 ampollas	23.235
Hidromorfona HCL X 2.5 Mg Tabletas	Caja 20 tabletas	22.726
Hidromorfona HCL X 5 Mg Tabletas	Caja 20 tabletas	1.230
Meperidina HCL X 100 Mg/2 MI	Caja 10 ampollas	32.566
Morfina HCL X 10 Mg/MI.	Caja 10 ampollas	110.307
Morfina Solución al 3% Vial	Frasco x 20 mL	23.702
Morfina Solución al 3% Oral	Frasco x 30 mL	72.943
Primidona 250 Mg Tabletas	Frasco 100 tabletas	3.455
Metadona Hcl X 10 Mg Tabletas	Frasco 20 tabletas	26.854
Metadona Hcl X 40 Mg Tabletas	Frasco 20 tabletas	7.256
Concerta 18 Mg Tabletas	Frasco 30 tabletas	2.944
Concerta 36 Mg Tabletas	Frasco 30 tabletas	2.638
Ritalina La 20 Mg Tabletas	Frasco 30 tabletas	1.147
Ritalina La 30 Mg Tabletas	Frasco 30 tabletas	788
Ritalina Hcl X 10 Mg Tabletas	Frasco 30 tabletas	91.762

Total en Millones	Venta Medicamentos	7.903.8
Total en Millones	Venta Materia Prima	0.339
Total Venta Medicamentos + Materia Prima		7.904.1

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

### 1.3. OPTIMIZACIÓN Y FLUJO DE RECURSOS DEL SECTOR

A mediados de 2010 el sistema de salud mostraba problemas estructurales en términos financieros. Se preveía que por efecto del aumento en el valor de los recobros y la necesidad de recursos para nivelar y actualizar los planes de beneficio, el sistema arrojaría unos déficits crecientes que alcanzarían un 0.8% del PIB en el año 2015.

Desde agosto de 2010 el MPS se dio a la tarea de aumentar los recursos para el sector salud con dos propósitos básicos: (i) atenuar el previsible déficit y asegurar la sostenibilidad del sistema y (ii) obtener recursos suficientes y de fuentes sostenibles para financiar necesidades apremiantes para el sistema: actualización y unificación de los planes de beneficios, el mejoramiento de la red pública de hospitales, el fortalecimiento de las acciones de salud pública y el aumento de la cobertura en el régimen subsidiado.

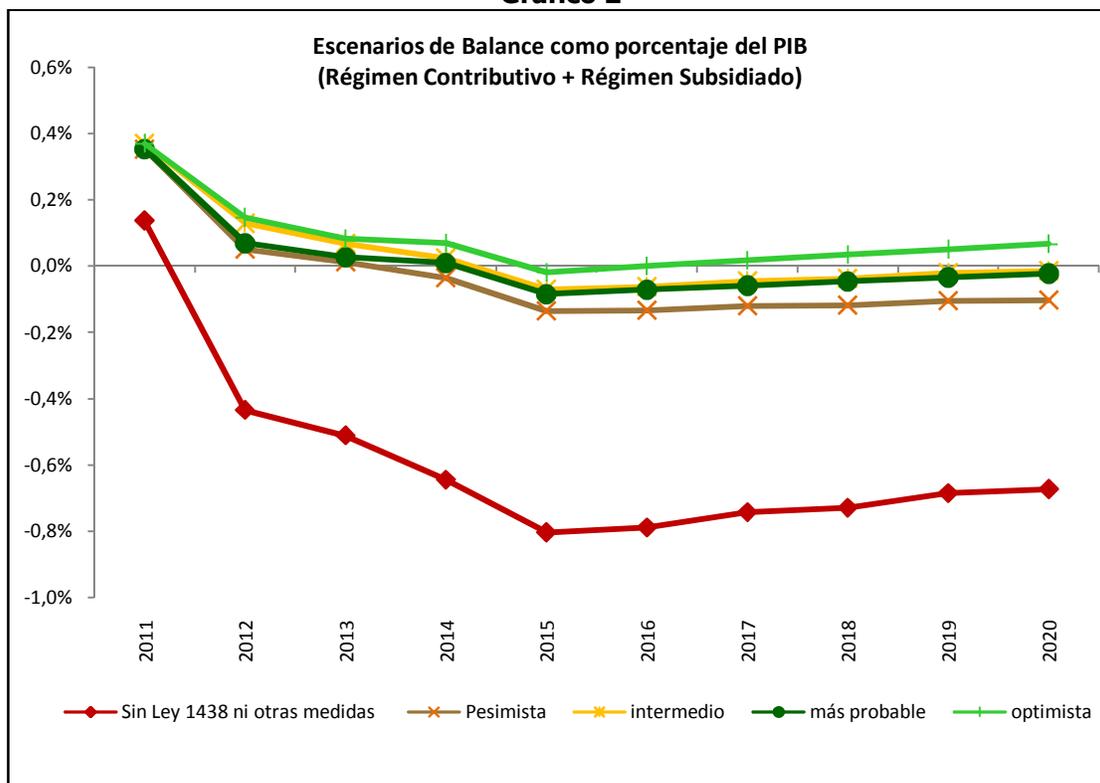
Un año más tarde, la tarea de aumentar los recursos financieros para hacer el sistema sostenible está cumplida. Mediante la expedición de la Ley 1438 de 2011, las apropiaciones establecidas en el Marco de Gasto de Mediano Plazo, el efecto de la Ley 1393 de 2010 y otras medidas implementadas, se obtendrán cerca de 1.5 billones de recursos nuevos y permanentes para el sector a partir de 2011 que llegarán a un total de 2.5 billones de pesos en 2014.

El aporte directo del Gobierno establecido en el MGMP, que será el de mayor participación en el mediano plazo con valores alrededor de 1.1 billones de pesos, se destinará a la ampliación de cobertura y principalmente a la unificación de los planes de beneficios. A la unificación también se destinarán los recursos provenientes de los incrementos en la tarifa de IVA a licores y a juegos de suerte y azar establecidos por la Ley 1393.

Finalmente, lo recaudado por la sobretasa de 10% al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se destinará, en orden de prioridad, a la universalización en el aseguramiento, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y, en caso de quedar excedentes, a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Las proyecciones dan cuenta de que, si no se hubieran tomado acciones para aumentar los ingresos, el resultado financiero del sistema tendría un déficit equivalente a 0,8% del PIB (unos 4 billones de pesos) en 2015. Gracias a las medidas implementadas el sistema es sostenible en el largo plazo.

**Gráfico 2**



Fuente: Ministerio de la Protección Social

### Modelo de sostenibilidad financiera

A efectos de fortalecer la función de rectoría en el sector y de seguimiento a las necesidades financieras del mismo se estructuró un modelo integrado de proyección financiera del aseguramiento al SGSSS que de manera simultánea incluye las poblaciones, fuentes y usos tanto del Régimen Contributivo – RC como del Régimen Subsidiado - RS.

El modelo financiero incorpora las nuevas fuentes de recursos y da cuenta del cumplimiento de las metas de universalización, unificación y actualización del Plan de Beneficios del aseguramiento definidas mediante Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011. Así mismo, incluye la modelación de impactos sobre el número de cotizantes y recursos provenientes de sus aportes al sistema derivados de la Ley 1429/2011.

Es importante recalcar que el Ministerio no contaba con un modelo integrado de usos y fuentes de los dos regímenes sino que, de manera independiente, se realizaban proyecciones financieras para uno y otro esquema de aseguramiento. De esta forma, se fortaleció y respaldó la posición del Ministerio en procesos de definición de necesidades de recursos en el marco de presupuestos plurianuales, en el entendido que dichas necesidades deben plantearse dentro de un esquema de articulación de las mismas. En efecto, la estructura del modelo financiero del MPS se usó de base para discutir los diferentes escenarios propuestos a nivel

gobierno (Departamento Nacional de Planeación – DNP, Ministerio de Hacienda y Crédito Público – MHCP, y MPS) en el proceso de definición del Marco de Gasto de Mediano Plazo 2011-2014.

Adicionalmente, el MPS dispone ahora de una herramienta gerencial que lo apoya en la toma de decisiones en el marco de retos y cambios para el sector que determina la Ley 1438. En este nuevo contexto, el modelo permite calibrar y soportar diferentes escenarios de: (i) senda de avance gradual en la unificación de los POS y consiguiente transformación de recursos, (ii) senda de revisión y actualización integral del POS y su respectivo impacto en racionalización del gasto vía menores recobros, (iii) punto de corte del nuevo SISBEN y respectiva población a focalizar en el RS, entre otros.

## **Racionalización pago de recobros por medicamentos**

En septiembre de 2010, en una de las primeras intervenciones públicas ante representantes del sector, el Ministro de la Protección Social señaló el carácter “desbordado” en el comportamiento de los recobros por eventos No-POS. A partir de las proyecciones para el año 2010 mostró cómo la frecuencia y el valor de los recobros se mantenían creciendo a tasas que ponían en peligro la sostenibilidad del sistema y anunció las primeras medidas de choque que en los siguientes días se adoptarían.

Se anunciaban en este entonces medidas inmediatas y de más largo plazo a través del trámite de normas de carácter legal y administrativo orientadas a garantizar la sostenibilidad del sistema mediante la unificación de recursos y simplificación de fuentes, la definición de nuevos recursos (se proponía de manera temporal la utilización de regalías y la obtención de recursos adicionales en el marco fiscal de mediano plazo a partir de 2010), controles al gasto final en medicamentos No Pos y una estrategia de incentivo a medicamentos competidores.

Bajo este escenario y en atención a que los medicamentos constituyen cerca del 88% de los valores recobrados en 2010, se da inicio a la implementación de medidas con efecto en el corto plazo con la expedición de la Resolución 4377 de 2010 con el objeto de frenar el incremento de recobros de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Igualmente, esta Resolución organiza los procedimientos de recobro e impone que no podrán ser recobrados medicamentos de marca cuando su correspondiente principio activo esté incluido en el POS. Así mismo, con el objeto de hacer más transparente la información de soporte de los recobros establece que no se tramitarán solicitudes de recobro hasta cuando la EPS no haya realizado el correspondiente reporte al Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED-, obligación vigente pero que no venía siendo adecuadamente acatada por las entidades que debían reportar. Además, una solicitud de recobro no será tramitada hasta tanto no se presente la información de conformidad con el Código Único Nacional de Medicamentos (CUM), con el fin de que se le pueda hacer trazabilidad y así facilitar su control.

Otra medida adoptada en este marco de acción, es la expedición del Decreto 4474 en noviembre 29 de 2010. En este instrumento se faculta al Ministerio de la Protección Social para establecer valores máximos de recobro y se establecen los lineamientos metodológicos generales que deberá tener en cuenta para determinar dichos valores.

Con base en este Decreto, el Ministerio de la Protección Social expidió cinco resoluciones: la Resolución 5229 del 14 de diciembre de 2010, modificada por la Resolución 005 de enero de 2011, la Resolución 1020 de abril

4 de 2011, la Resolución 1697 de mayo de 2011, y la Resolución 3026 de julio de 2011. En estas resoluciones se determina el valor máximo de recobro para 137 principios activos, que corresponden a cerca de 1.200 medicamentos responsables de alrededor del 80% de los recobros observados durante 2010.

El establecimiento del valor máximo de recobro mediante dichas normas pretende obtener una reducción del valor total del recobro, bajo el supuesto de igual frecuencia, de entre 460 y 500 mil millones de pesos anuales. Las medidas relacionadas con el procedimiento del recobro, deberán por su parte racionalizar la frecuencia de recobros de manera que por esa vía se espera una reducción adicional a la anterior estimación.

Como se mencionó anteriormente, para enfrentar la situación de manera estructural que exige, además de las medidas de corto plazo, como a las que se ha hecho referencia, medidas estructurales, incluidas en la Ley 1438 de 2011 y complementadas con disposiciones en la ley del Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1450) que prevé la actualización del POS, las Juntas Técnico Científicas de Pares, identificación de medicamentos o procedimientos excluidos y evaluación permanente de nuevas tecnología, que conllevan, entre otros, a integrar los diferentes aspectos asociados al recobro en aras de racionalizar su uso e impacto en las finanzas del SGSSS.

Las anteriores medidas administrativas como la regulación del trámite de recobros y la definición de valores máximos de reconocimiento han logrado, por primera vez, quebrar la tendencia creciente que venían presentando los recobros. La disminución de los recobros es superior al 20 por ciento.

## **Flujo de Recursos en recobros**

El Ministerio de la Protección Social entiende que al mismo tiempo que se adoptan medidas para controlar los abusos de un mecanismo como el de los recobros, debe tomar medidas para garantizar un flujo oportuno de aquellas solicitudes por eventos No Pos que cumplan con los requisitos legales. En tal sentido, se expidió la Resolución 1275 de 2011, a través de la cual se autoriza al administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, para que de manera previa al proceso de auditoría integral efectúe un pago parcial equivalente al 30% de la radicación de los recobros, para aquellas Entidades Promotoras de Salud que hayan presentado un promedio de glosa igual o inferior al promedio de glosa nacional de las últimas doce radicaciones objeto de auditoría integral. Así mismo, se sigue garantizando el pago dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente para aquellas solicitudes de recobros que cumplen con los requisitos legales.

Para fortalecer el seguimiento del giro de los recursos del Régimen Subsidiado en el marco del Sistema de Información para la Operación del Régimen Subsidiado en Salud, se implementó el componente de Cuentas Maestras. Este permite que las entidades obligadas a reportar, entidades territoriales y entidades financieras, envíen la información relacionada con los movimientos y saldos de las cuentas maestras a nivel territorial. A la fecha están reportando información a través de PISIS 7 entidades financieras y 630 municipios.

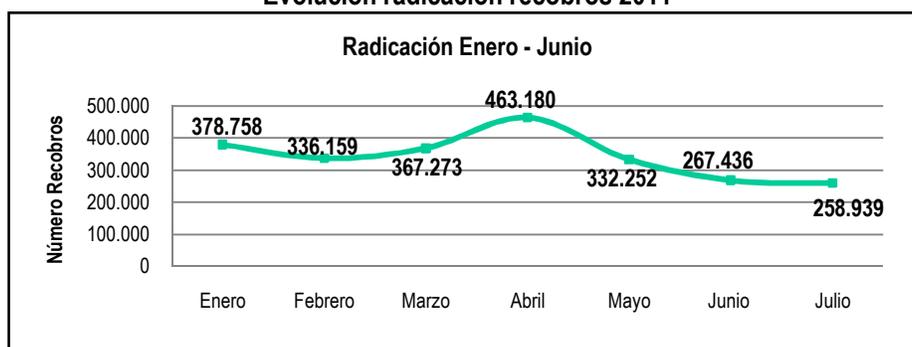
Igualmente, para agilizar el flujo de recursos entre EPS e IPS se expidió el Decreto 71 de 2011 y la Resolución 1470 de 2011 que reglamenta la operación de las Cuentas Maestras de EPS y la Resolución 1620 de 2011 que define los anexos técnicos para la remisión de la información al Ministerio de la Protección Social. Estos datos son transmitidos a través de la Plataforma de Integración de SISPRO y en la actualidad se está recibiendo de 5 de las 7 entidades financieras que manejan las cuentas maestras para los meses de mayo y julio de 2011. Así mismo se ha realizado el desarrollo de diferentes consultas para analizar la información reportada y se dará acceso inicialmente a las entidades de control.

En el marco de la misma normatividad se expidieron las Resoluciones 2320 y 2977 de 2011 para el reporte por parte de las EPS de las IPS a las cuales se realizará el giro directo de recursos, lo cual ha conllevado al establecimiento de los mecanismos de recepción de la información a través de PISIS.

### Radicación de Recobros 2011

Por efecto de las medidas tomadas en el primer semestre del año en curso, la radicación de los recobros realizados por las diferentes EPS se ha visto disminuida, al pasar de cerca 463 mil en el mes de abril a 332 mil recobros, con la consecuente reducción en los valores recobrados al pasar, en abril de \$322 mil millones a \$231 mil millones en la radicación de Julio.

**Gráfico 3**  
Evolución radicación recobros 2011



Fuente: CONSORCIO FIDUFOSYGA 2005.

El detalle de la cantidad de recobros radicados durante los meses Enero-Julio del año en curso y los valores asociados a estos se muestran en el siguiente cuadro, en donde se observa la disminución sostenida tanto del número de recobros como del valor a partir del mes de marzo (Ver tabla 2).

**Cuadro 12**  
Recobros radicados y pagados 2011

PAQUETE	RADICADOS	VALOR PRESENTADO (Millones pesos)	VALOR PAGADO (Millones pesos)
<b>Enero</b>	378.758	287.499	148.947
<b>Febrero</b>	336.159	274.665	154.417
<b>Marzo</b>	367.273	259.714	171.260
<b>Abril</b>	463.180	322.145	217.492
<b>Mayo</b>	332.252	231.599	145.666
<b>Junio</b>	264.193	159.801	ND*
<b>Julio</b>	264.302	182.545	ND*

\*En proceso de Auditoria.

Fuente: CONSORCIO FIDUFOSYGA 2005.

## **Giro directo**

Mediante los Decretos 971 y 1700 de 2011 se regula el giro directo de recursos que administra la Nación SGP y Fosyga (\$4,5 billones para 2011) a las EPS e IPS. El objeto es agilizar y optimizar el flujo y administración de los recursos de salud y reducir la intermediación. En el Régimen Subsidiado se ha disminuido en 90% el tiempo que demoraban los recursos el cual superaba los 90 días.

Es importante resaltar que el mecanismo de giro directo introducido en la reciente reforma al sistema de salud (Ley 1438 de 2011) establece que el giro de los recursos del Régimen Subsidiado se debe hacer dentro del mismo mes en el cual se reportan los afiliados. Lo que implica que el giro directo es mes anticipado.

Como efecto de la transición de los contratos de aseguramiento al giro directo los recursos desde la Nación del mes de abril se giraron exitosamente los primeros días de mayo, y a partir de este mismo mes, el giro se realizó dentro del mismo mes. En cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de la Protección Social giró \$377 mil millones a 46 EPS y 145 IPS que prestan servicios para la población afiliada al Régimen Subsidiado en 1.056 municipios.

Por su parte, se finalizó una prueba piloto con Caprecom, que involucra 345 hospitales públicos, de 8 departamentos, en cuanto al giro directo a las IPS.

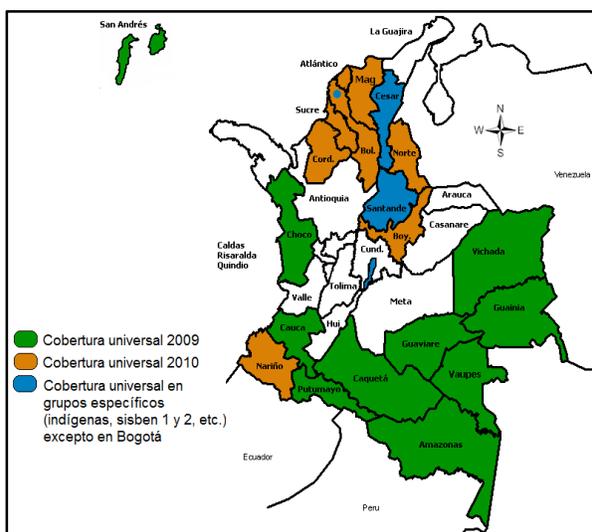
Adicionalmente, para mejorar la efectividad del mecanismo de giro directo, el Gobierno tiene contemplado ampliar el giro directo a todas las IPS públicas del país que se encuentren debidamente registradas a partir de agosto, igualar progresivamente las fechas de giro de los regímenes contributivo y subsidiado, a más tardar el décimo octavo día hábil del mes y monitorear el flujo de los recursos desde los aseguradores a los prestadores mediante los reportes de las cuentas maestras de las EPS. En cuanto a este aspecto, mediante Resolución 470 de 2011, se regularon las cuentas maestras de las EPS-S para mayor control de los recursos. Por otra parte se viene desarrollando la capacitación y difusión del giro directo con EPS, IPS, y entidades territoriales. Igualmente se ha avanzado en el registro de IPS públicas para giro desde la Nación.

El giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de la Nación es una herramienta que en su primer mes de operación ha logrado reducir de manera significativa los tiempos de giro y ha hecho más eficiente la dispersión de estos recursos. Cabe aclarar que no afecta las competencias legales de las EPS en su calidad de aseguradoras, ni modifica los términos de pago, ni las relaciones contractuales existentes entre EPS e IPS.

1.4. SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Vacunación. Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

Gráfico 4 . Cobertura de Vacunación



El Programa Ampliado de Inmunizaciones se fortaleció en los últimos años en el marco del préstamo suscrito con el BID, el cual inició en el año 2005 y finalizó en Julio de 2010, cumpliendo con las metas propuestas. Actualmente, el Gobierno Nacional asegura los recursos del Presupuesto General de la Nación para la operación del Programa Ampliado de Inmunizaciones, alcanzando entre otros los siguientes resultados:

Fuente: MPS-DG Salud Pública - PAI

**Inclusión de nuevas vacunas en el esquema nacional PAI**

**Vacuna contra el Neumococo:** Desde hace tres años el Ministerio de la Protección Social inició la vacunación contra el neumococo para los niños con patologías de riesgo de enfermar o morir a causa del neumococo<sup>1</sup>; posteriormente, se priorizó la vacunación de todos los nacidos con bajo peso; en el año 2009 se universalizó la vacunación a todos los niños nacidos en los diez departamentos con mayor tasa de mortalidad por IRA y difícil acceso que incluyó a la Sierra Nevada de Santa Marta; en el 2010 a fin de avanzar en el proceso de inclusión de esta vacuna de manera gradual en el PAI nacional, se incluyó la vacunación de niños de otros diez departamentos y distritos que se sumaron a los antes descritos. (Ver mapa)

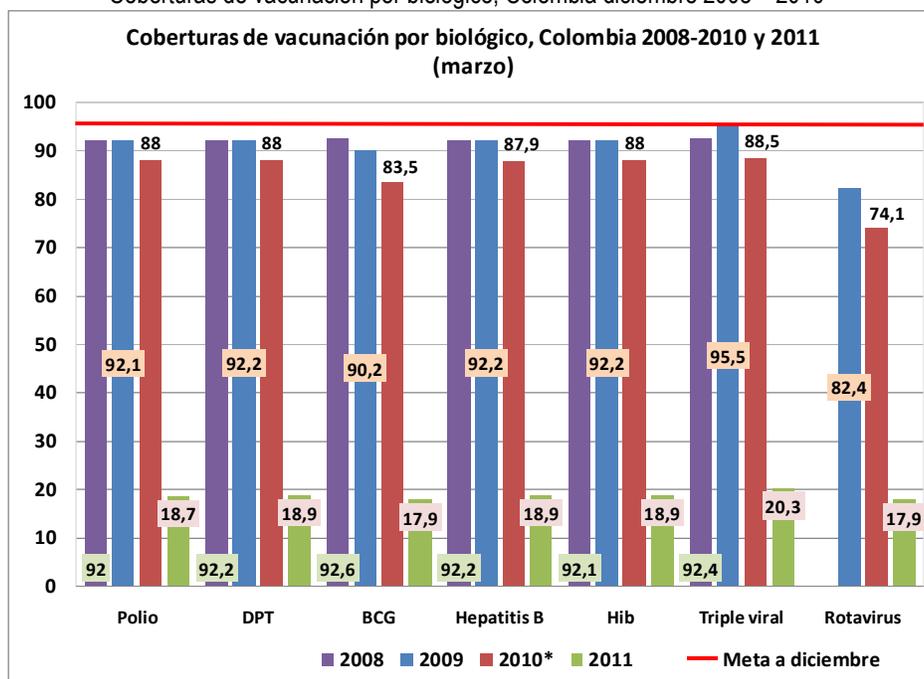
Durante el año 2010 se realizó la campaña de vacunación contra Influenza AH1N1 que implicó vacunar dos millones de personas adultas adicionales a la población que regularmente vacuna el PAI, así mismo, se realizó la campaña de vacunación contra el Sarampión y la Rubéola en niños de 1 a 8 años, con una cobertura de 6.406.221 niños y niñas<sup>2</sup>; lo anterior, ocasionó que durante el año 2010 las coberturas de vacunación fueran inferiores a los reportados en años anteriores. Las coberturas de vacunación alcanzadas

<sup>1</sup> En este grupo están los niños con enfermedad de células falciformes, asplenia, infección por VIH, inmunocompromiso por otras enfermedades o por quimio o radio terapia inmunosupresora, los niños que serán o que fueron trasplantados y que serán sometidos a cirugías del Sistema Nervioso Central, así como, todos los niños y niñas con enfermedades crónicas, entre otros.

<sup>2</sup> La vacunación contra el sarampión y la rubéola liderada por el MPS equivale a una "campaña de seguimiento" que hace parte de las estrategias recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS) para la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita.

en los 1.123 municipios fueron de 83,5% con BCG, mientras que la vacunación con terceras dosis de antipolio y con pentavalente fue de 88% y con triple viral de 88,5% (ver gráfico). En el año 2011, se formuló un plan de acción, a fin de incrementar la cobertura de vacunación en los municipios más afectados y recuperar las coberturas alcanzadas en años previos.

**Gráfico 5**  
Coberturas de vacunación por biológico, Colombia diciembre 2008 – 2010



Denominador DANE estimado censo 2005

Fuente: MPS- PAISOFT - \*La información del año 2011 tiene corte a Marzo, el esperado para esta fecha es de 23,75%

Sólo los departamentos de Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Valle del Cauca, Cesar y los Distritos de Bogotá D.C., Cartagena y Barranquilla, obtuvieron coberturas útiles de vacunación (>95%); a pesar de esto se precisa que el 70% de los niños del país viven en municipios que tienen coberturas por encima de 80%.

**Fortalecimiento de la red de frío:** En los últimos años viene siendo fortalecida con inversión en equipos, asistencia técnica y seguimiento a recursos transferidos a entidades territoriales en años anteriores para la adquisición de equipos de red de frío en municipios estratégicos, los equipos adquiridos a nivel nacional responden a la proyección de la capacidad de almacenamiento requerida para las vacunas durante los próximos quince años considerando la potencial entrada de nuevos biológicos al esquema único nacional del PAI a corto y mediano plazo. En el año 2010, se adquirieron 86 refrigeradores solares, 126 congeladores verticales, 534 cajas térmicas y 29 refrigeradores de absorción los cuales fueron entregados a 479 municipios.

De otra parte, se expidieron los lineamientos del programa; se realizó la evaluación rápida del impacto de la introducción de la vacuna contra el Rotavirus en Colombia; la evaluación del impacto epidemiológico y

económico de la introducción de la vacuna de 10 y 13 valencias al PAI de Colombia; la Evaluación de costos del programa ampliado de inmunizaciones en Colombia y se inició el diseño e implementación del sistema de información del PAI.

## **Salud Sexual y Reproductiva – SSR**

### **Respuesta Integral al VIH/Sida**

De acuerdo 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, se concentra en afectar 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 2.010 se han registrado 78.412 casos (75% son hombres), de los cuales 10.026 han fallecido. En el año 2010 se notificaron 4.832 hombres y 2.071 mujeres para un total de 6.903 personas afectadas por VIH o sida, de estas el 70,4% corresponden al VIH, 18,6% a sida y 11% a muertes relacionadas con el VIH. De acuerdo con los resultados del séptimo estudio centinela se estimó la prevalencia de VIH para Colombia en el 2009 en 0,22%.

En el año 2010, el Ministerio realizó el estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades del país, identificando en este grupo de población las siguientes prevalencias de VIH, Cali 24,1% (IC95: 18,1-30,4); Bogotá 15% (IC95 10,9-19,9); Barranquilla 13,6% (IC95 8,9-19,7); Cúcuta 10,9% (IC95 6,8-16,4); Cartagena 10% (IC95 5,9-14,7); Medellín 9,1% (IC95 5,1-14,2); y Pereira 5,6% (IC95 2,7-8,7).

El VIH sida es una prioridad en la política pública según lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública, situación que se traduce en la existencia de un Plan de Respuesta Nacional que involucra a los diferentes actores y sectores a partir del cual se desarrolló el Modelo de Gestión Programática.

En el marco de este Plan, se implementó la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. De esta manera, en 2010 se tamizó (se hizo una prueba) a 454.616 gestantes, lo que representa una cobertura de tamizaje de 49% con respecto a las gestantes estimadas (928.306). De éstas, 548 gestantes fueron diagnosticadas con el VIH (0,12%) a las cuales se suman 103 gestantes que tenían diagnóstico previo de VIH, para un total de 651 gestantes con VIH atendidas por la estrategia, la cual incluye tamizaje (prueba); diagnóstico; tratamiento antirretroviral ante-parto e intra-parto, alcanzando una cobertura de tratamiento con los datos disponibles del 63%; atención del parto; profilaxis del recién nacido con una cobertura de 88,5%; suministro continuo de fórmula láctea hasta los seis meses; diagnóstico del estado serológico del niño expuesto con respecto al VIH y el seguimiento al binomio madre-hijo. Como resultado del seguimiento, se registró en el año 2010, el nacimiento de 385 nacidos vivos, hijos de mujeres con infección por VIH, de los cuales a 21 se les diagnosticó el VIH.

De otra parte, en el cuadro que se presenta a continuación, el Instituto Nacional de Salud evidencia para los períodos comprendidos entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2010 y del 1° de enero a 30 de abril de 2011, los casos confirmados de sífilis congénita, sífilis gestacional y mortalidad por SIDA.

**Cuadro 13**

Casos de sífilis y mortalidad por VIH - SIDA notificados

EVENTO	JUL-DIC	ENE-ABR
	2010	2011
Sífilis Congénita	1.218	553
Sífilis Gestacional	2.749	1.600
Mortalidad por SIDA	443	195

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

### Ley de Licencia de Maternidad

Con la nueva Ley de Licencia de Maternidad, se aumentará en dos semanas el período de acompañamiento de la madre al recién nacido. El principal beneficio es que la madre permanezca más tiempo con su hijo(a) en el momento que más requiere de su presencia y cuidados. Esta posibilidad tiene beneficios como estimular la lactancia materna y con ello que el recién nacido pueda tener mejores condiciones para su desarrollo físico, mental y psicológico a través de estrechar el vínculo entre madre e hijo(a).

Las dos semanas que concede la nueva Ley a las madres gestantes podrán ser tomadas antes o después del parto. La figura de la licencia previa pretende que la madre y su bebé tengan la atención requerida antes del nacimiento y que este se produzca en las mejores condiciones. La Ley beneficiará a las mujeres que estén en período de gestación y próximas a dar a luz, como también a las futuras madres. De igual manera, la norma además reforma el Código Sustantivo del Trabajo para especificar que la licencia de maternidad ya no será solo de tres meses sino de 14 semanas.

Los cambios en la norma también ofrecen beneficios como la reducción de las enfermedades en recién nacidos, lo cual se traduce en menores afecciones de salud en la población en el corto y mediano plazo.

La remuneración corresponderá al salario que devengue la madre al entrar a disfrutar de la licencia. Si se trata de un salario que no sea fijo, como en el caso de trabajo a destajo o por tarea, se toma en cuenta el salario promedio devengado por la trabajadora en el último año de servicios, o en todo el tiempo si fuere menor. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente. Todas las garantías establecidas para las madres biológicas serán extensivas, en los mismos términos y cuando sea procedente, para la madre adoptante, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del bebé adoptado.

La licencia de maternidad para las madres de niños prematuros tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha de gestación y el nacimiento.

### Promoción y Prevención

El Instituto Nacional de Salud ha desarrollado acciones en varios frentes, destacándose entre ellos:

#### Inmunoprevenibles<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Los datos mencionados son susceptibles de cambios en la medida que los departamentos y distritos realicen ajustes a la información.

En el siguiente cuadro, se presentan los resultados del seguimiento efectuado por el Instituto Nacional de Salud, a las enfermedades inmunoprevenibles; es importante anotar que gracias al desarrollo del programa de vacunación en Colombia, el país se ha librado de la poliomielitis y el sarampión autóctonos; se ha logrado el control del tétanos neonatal, la difteria y la tos ferina. Además, se ha conseguido un alto nivel de cobertura de otras enfermedades originalmente incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), además de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, la parotiditis y las enfermedades invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* y la introducción reciente de vacuna contra el neumococo.

A continuación se presenta los resultados del seguimiento efectuado a los casos notificados, para los periodos 2010 – 2011:

**Cuadro 14**  
Casos de enfermedades inmunoprevenibles

Enfermedad Inmunoprevenible	N° Casos notificados jul-dic2010	N° Casos confirmados jul-dic2010	Mortalidad jul-dic2010	N° Casos notificados ene-abr2011	N° Casos confirmados ene-abr2011	Mortalidad ene-abr 2011
Sarampión	1.285	-	-	284	-	-
Rubéola	1.573	-	-	363	-	-
Tos ferina	2.307	387	3	978	125	3
Síndrome de Rubéola Congénita	219	-	-	85	-	-
Tétanos Neonatal	4	2	-	3	1	0
Tétanos Accidental	94	69	17	18	11	1
Parálisis Flácida Aguda	149	-	-	44	-	-
Varicela	72.526	72.526	22	31.077	31.077	12
Parotiditis	10.793	10.793	-	4.335	4.298	0
Meningitis por <i>neumococo</i>	179	113	30	49	14	3
Meningitis por <i>haemophilus influenzae</i>	117	52	5	29	4	1
Hepatitis B	1.659	1.659	14	563	563	4

Fuente: Instituto Nacional de Salud

### Influenza AH1N1

Durante el período de julio a diciembre de 2010, se reportaron al SIVIGILA un total de 1.072 casos confirmados de virus de Influenza AH1N1, de éstos, 74 fueron fatales procedentes de departamentos de Colombia y un caso procedente del exterior para un total de 75 casos fatales. A 30 de abril de 2011 se han confirmado 115 casos de virus de Influenza AH1N1, de los cuales 7 (6%), corresponden a casos con desenlace fatal.

### Dengue

De acuerdo al reporte del Instituto Nacional de Salud, durante el período julio a diciembre de 2010, el país se encontraba en situación de epidemia, se realizaron asistencias técnicas y seguimiento a los planes de contingencia de todas las entidades territoriales. En total, de julio a diciembre de 2010 se notificaron 97.037 casos, 93% casos de dengue clásico y 7% de dengue hemorrágico.

En el período de enero - abril de 2011, el canal endémico del país entró en zona de seguridad pero la letalidad por dengue hemorrágico aumentó y se priorizaron, se brindó asistencia técnica a varios entes territoriales. En total se notificaron 11.731 casos, de los cuales el 95% corresponde a dengue clásico y el 5% a dengue hemorrágico, como se puede apreciar en el cuadro siguiente.

**Cuadro 15**  
**Casos por Dengue notificados**

Evento	Jul-Dic 2010	Ene-Abr 2011
Dengue clásico	90.269	11.154
Dengue hemorrágico	6.768	577

Fuente: Instituto Nacional de Salud

### Leishmaniasis

En el segundo semestre de 2010, se presentaron un total de 5.952 casos de Leishmaniasis y a 30 de abril de 2011, como se detalla en el siguiente cuadro, se han reportado 1.820 casos.

**Cuadro 16**  
**Casos por Leishmaniasis notificados**

Evento	Jul-Dic2010	Ene-Abr 2011
L. Mucosa	75	22
L. Cutánea	5.860	1.789
L. Visceral	17	9

Fuente: Instituto Nacional de Salud

### Malaria

En el siguiente cuadro, se presenta el comportamiento de los casos notificados de Malaria, para los períodos objeto de análisis:

**Cuadro 17**  
**Casos por Malaria notificados por especie parasitaria**

Especie Parasitaria	Jul-Dic2010	Ene-Abr 2011
M. Vivax	29.882	15.283
M. Falcíparum	8.507	4040
M. Mixta	425	194
M. Malarie	15	5

Fuente: Instituto Nacional de Salud

### Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Entre el 2010 y el 2011 se elaboró una propuesta de Política de Estilos de Vida Saludables, la cual está siendo objeto de validación y ajuste, a fin de que sea expedida y se incorpore como un marco de referencia para la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de las enfermedades crónicas.

De otra parte, en cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco y a fin de articular la respuesta y control efectivo del consumo de tabaco, se conformó la mesa intersectorial para el desarrollo del Convenio Marco del Control del Tabaco<sup>4</sup>. En este sentido, y teniendo en cuenta que el próximo 21 de julio entra en vigencia la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio; el Ministerio junto con la Superintendencia de Industria y Comercio, impartió una capacitación a los funcionarios que realizan inspección, vigilancia y control del etiquetado; se acordaron actividades conjuntas para informar al público en general la entrada en vigencia de esta medida; además, la Dirección General de Salud Pública, en el proceso de aprobación del etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco ha verificado la no inclusión de publicidad en el mismo como requisito para su aprobación.

Así mismo, se realizó la defensa de la medida de la prohibición total de la publicidad, aspecto de la Ley que fue declarado exequible por la Corte Constitucional de la norma y que es pieza central de la lucha anti tabaco en el mediano y largo plazo y que le ha valido a Colombia, al igual que Panamá, el reconocimiento del ser los únicos países con esta medida en América Latina. Finalmente, el Ministerio socializó a las diferentes entidades de control del Estado, las competencias de cada una frente a la implementación de la Ley 1335 de 2009, como resultado se logró que la DIAN diseñará un plan de choque para el control del contrabando de tabaco, el cual se encuentra en implementación con el apoyo de la Federación Colombiana de Departamentos.



De otra parte y en el marco de las acciones de prevención y control del cáncer, se inició como piloto la implementación de la estrategia “ver y tratar” que busca mejorar la detección temprana de cáncer de cuello uterino en poblaciones de alto riesgo y limitado acceso a los servicios de los departamentos de Amazonas, La Guajira, Caquetá, Nariño y Valle del Cauca. Igualmente, a fin de fortalecer la detección temprana del cáncer de mama, en el marco de un programa de tamización de oportunidad con mamografía bienal y examen clínico anual, en convenio con el Instituto Nacional de Cancerología, se elaboró e implementó una estrategia de educación y comunicación para la detección temprana de cáncer de mama dirigido a mujeres y profesionales de la salud, además, de un programa de control de calidad de la mamografía, el cual fue piloteado en Bogotá, Cali, Bucaramanga, Pereira y el Archipiélago de San Andrés y Providencia y una propuesta de indicadores de seguimiento, cobertura y calidad de estos programas.

Reconociendo el uso de medios masivos de comunicación como una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y estilos de vida saludables en la población, se diseñó un plan de comunicaciones para la promoción de la Lactancia Materna; la inclusión de frutas y verduras en la alimentación diaria (estrategia 5 al día); la práctica de actividad física; los hábitos en salud oral y la promoción del derecho a espacios libres de humo, con una inversión de \$1.200 millones en el 2010 y \$2.000 en el 2011, este plan incluyó el diseño de cuñas, comerciales y material impreso y su difusión a nivel nacional y regional.

Finalmente, como parte de los compromisos que se han venido realizando en torno al fomento de estilos de vida saludable, el 30 de Julio del 2008 se conformó, mediante Decreto 2771, la Comisión Nacional



**Consumo 5  
frutas y verduras  
en tu alimentación diaria.**

<sup>4</sup> La mesa aborda temas estratégicos como empaquetado y etiquetado, lucha contra contrabando, implementación de advertencias sanitarias y acuerdos institucionales para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del país

Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), la cual está presidida de forma permanente por el Ministerio de la Protección Social.<sup>5</sup>

Como resultado del trabajo de la CONIAF, en febrero de 2011 el Ministerio suscribió el acuerdo interadministrativo 156 con COLDEPORTES, que tiene como objetivo identificar y desarrollar acciones para desplegar las estrategias definidas en la agenda interministerial y que en el marco del Sistema Nacional de Deporte, permitan gestionar y suscribir en el 2011, convenios específicos con al menos 25 departamentos para el desarrollo de proyectos para la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y los espacios libres de humo.

De otra parte, con respecto de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, el Instituto Nacional de Salud reporta:

### Hipotiroidismo Congénito

En el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2010 se presentaron 236 casos y para el periodo enero al 30 de abril de 2011, han sido notificados un total de 121 casos a SIVIGILA, de los cuales 66 fueron confirmados por laboratorio.

### Leucemia Aguda Pediátrica

De acuerdo a los resultados de seguimiento a casos, el siguiente cuadro corresponde a casos notificados por Leucemia Aguda Pediátrica Linfoide en niños y niñas en Colombia.

**Cuadro 18**  
Casos Notificados por Leucemia Aguda Pediátrica Linfoide

EVENTO	jul-dic 2010	ene-abr 2011
<b>Leucemia aguda pediátrica linfoide</b>	214	128

Fuente: Instituto Nacional de Salud

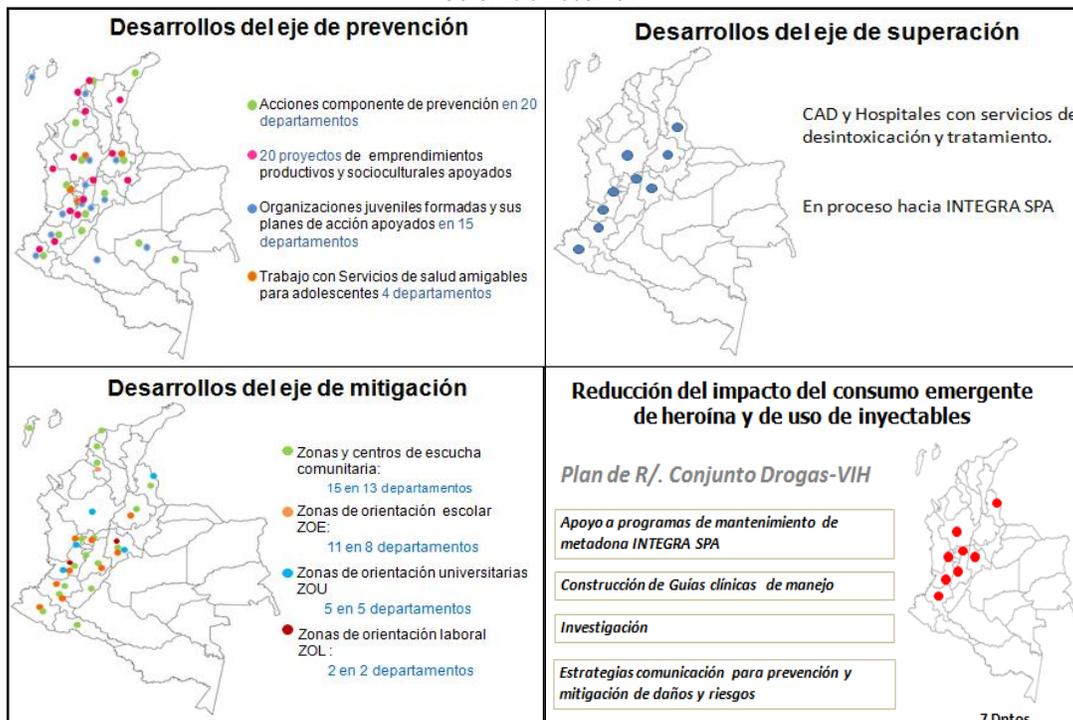
### Salud mental y Farmacodependencia

En el año 2010, el Ministerio de la Protección Social transfirió \$3.200 millones para el fortalecimiento de las entidades territoriales y financiación de 40 proyectos de prevención de SPA en el marco de la Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas; en la siguiente gráfica se presenta los proyectos que se desarrollan actualmente, donde se incluyen algunos proyectos de Zonas de Orientación Escolar que son financiados directamente por municipios y departamentos.

<sup>5</sup> Decreto 2771 de 30 de julio de 2008

**Gráfico 6**

**Proyectos financiados en el marco de la Política Nacional de reducción de consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2009-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública

Con el fin de mejorar la capacidad técnica, institucional, de articulación y de gestión de recursos, el Ministerio desarrolló la ventana de demanda de SPA en el observatorio de drogas de Colombia del DNE; el sistema único de indicadores en demanda de SPA (SUI-SPA) y los estudios de caracterización de consumo emergente, prevalencia y factores de vulnerabilidad al VIH/sida. Así mismo, se asesoró, con el apoyo de Organismos de Cooperación Internacional, a los departamentos de Atlántico, Bolívar, Magdalena, Norte de Santander, Antioquia, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Chocó, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Meta, Huila, Tolima, Putumayo y al Archipiélago de San Andrés para la formulación y ejecución de los planes territoriales de drogas.

En este mismo sentido, en convenio con UNODC se creó e implementó el diplomado CRIC<sup>6</sup> para la formación en temas relacionados con consumo de SPA, VIH y situaciones asociadas, el cual busca expandir las habilidades y capacidades de las entidades territoriales, instituciones y organizaciones comunitarias que han mostrado interés en implementar estrategias de mitigación a través de la aplicación del “modelo de inclusión social” y específicamente del montaje de “Centros y Zonas de Escucha y Orientación”, el curso tiene una duración de 120 horas, impartidas por 14 docentes con amplia experiencia y cuenta con 57 personas graduadas de 18 departamentos.

<sup>6</sup> Disponible en [www.cric.edu.co](http://www.cric.edu.co)

## **Formación de talento humano en salud mental**

Igualmente, se desarrolló un diplomado con una metodología presencial–virtual, una duración de 120 horas y un esquema curricular basado en los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio, para el componente de salud mental en Atención Primaria; el curso busca mejorar la capacidad para contener, reducir los daños y restablecer la salud mental de las personas con los trastornos mentales de mayor prevalencia en el país. Actualmente, se encuentran en proceso de capacitación un total de 300 personas (150 médicos y 150 profesionales y líderes que trabajan IPS de primer nivel y programas de salud mental de baja complejidad en las entidades territoriales).

## **Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia – 2010**

Este es una iniciativa del Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), que cuenta con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA y, responde al interés del Gobierno Nacional de avanzar en el conocimiento del fenómeno de consumo de SPA, los problemas conexos y su incidencia entre la población colombiana; en este caso, en la población juvenil escolarizada.

También hace parte de las actividades comprendidas en el “Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas”, a través del cual se vienen realizando acciones conjuntas para la realización de estudios de consumo de SPA a fin de disponer de información comparable que permita orientar las estrategias nacionales y las políticas de drogas de los países de la región. Actualmente este estudio se encuentra en proceso de trabajo de campo

El Ministerio, consciente que entre 10% y 15% de los niños, niñas y adolescentes a nivel mundial padece trastornos mentales y del comportamiento y que la formulación de la política en salud mental infantil requiere del conocimiento de los indicadores de prevalencia de los problemas mentales y que en el país no existen estudios nacionales al respecto, resolvió realizar a través de UNODC y la Universidad CES el **Estudio de situación de salud mental del adolescentes 2010**, que forma parte del Estudio Mundial de Salud Mental de la OMS (WMH-CIDI), encuestando una muestra de 1.520 adolescentes de 13 a 17 años de 25 departamentos de Colombia.

Entre los resultados, se identifica que 12,4% de los adolescentes presenta uno o más trastornos mentales, siendo la depresión mayor el más prevalente con un 5% de los adolescentes afectados por ella (cerca de 157.248 adolescentes), seguido por la agorafobia (3,8% o 120.692 adolescentes) y el abuso de alcohol (3,4% o 108.067 adolescentes), de otra parte, se identificó que 4,7% fuma actualmente, 2,5% dejó de fumar y 8,5% ha fumado algunas veces. A pesar de lo anterior, sólo 5,8% de los encuestados percibe su salud mental como regular o mala.

## **Programas de Prevención en Farmacodependencia**

Durante el segundo semestre de 2010 el Fondo Nacional de Estupefacientes, entregó recursos de cofinanciación a un total de 12 proyectos de Farmacodependencia por valor de \$812 millones, en 8 departamentos, que beneficiaron a poblaciones de 11 municipios del país, distribuidos así:

**Cuadro19**  
**Proyectos de Prevención de Farmacodependencia Cofinanciados**

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO APROBADO	MUNICIPIO BENEFICIADO	POBLACIÓN OBJETO	VALOR COFINANCIADO Valor en Millones
Promoción de valores “Envideate en Toca” Ente ejecutor: Corporación GENECCA	Departamento de Boyacá: municipio de Toca	60 jóvenes del municipio y municipios aledaños	96.0
Orquestando Futuro Ente ejecutor Fundación TEATRAZOS	Departamento de Cundinamarca: Municipio de Bojacá	200 Estudiantes de entre 7 y 10 años, del Colegio Departamental Nuestra Señora de la Gracia	110.6
Con Arte y lúdica en el tiempo libre, Prevengamos la Drogadicción en Jóvenes, padres de familia y comunidad del municipio de Ciénaga de Oro Ente ejecutor: Fundación CASALUD.	Departamento de Córdoba: Municipio de Ciénaga de Oro	680 personas así:100 jóvenes de los colegios San Isidro y Alianza para el Progreso, 100 padres de familia y 480 miembros de la comunidad	58.8
Intégrate desde el colegio a espacios creativos para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas Ente ejecutor: Secretaría de Salud de Armenia.	Departamento de Quindío: Municipio de Armenia	50 representantes de los comités de prevención 815 estudiantes, 45 docentes	32.0
Promoción de valores por el Arte y Cultura en Somondoco Boyacá Ente ejecutor. Corporación GENECCA	Departamento de Boyacá: Municipio de Somondoco	60 jóvenes entre los 14 y 26 años del municipio y municipios aledaños	96.0
Escuelas Deportivas una estrategia de prevención del Uso de Sustancias Psicoactivas en Edades Tempranas Ente Ejecutor: IMDERA	Departamento de Quindío: Municipio de Armenia	Población niños, Jóvenes y adultos personas entre 12 y 30 años, 400 personas conforman los equipos, 30 facilitadores de los encuentros y 40 dirigentes deportivos para un total de 470	32.0
Con Apoyo al folclor sinuano, se previene la drogadicción en estudiantes, padres de familia y comunidad del municipio de Cereté. Ente ejecutor: Fundación CASALUD.	Departamento de Córdoba: Municipio de Cereté	240 estudiantes, en edades entre 14 y 26 años, de educación básica secundaria de la institución educativa Marcelino Polo; 480 padres de familia pertenecientes al municipio y a los municipios aledaños	46.3
Implementación de Acciones para la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del Consumo de Sustancias Psicoactivas Ente ejecutor: Fundación Villa del Ángel	Departamento de Valle del Cauca: Municipio de Jamundí	El proyecto será ejecutado en el Municipio de Jamundí Valle del Cauca, se beneficiará en prevención a 2250 personas entre estudiantes y personas de la comunidad, 5 personas en tratamiento pertenecientes a los programas, hospital día, y 6 personas hospitalización veinticuatro horas, en atención psicosocial 30 personas	47.4
Patios Abiertos para la Paz. Ente ejecutor: Fundación Corazón Despierto.	Departamento de Santander: Municipio de Girón	300 estudiantes, de los grados 8º, 9º, y 10º; 30 docentes y 500 padres de familia de los jóvenes	60.0
Estrategias de Cambio Cultural para la Prevención y Control de Sustancias Psicoactivas	Departamento de Atlántico: Municipio de Barranquilla/	120 jóvenes, los padres de estos jóvenes, 16 docentes y 11 miembros de la comunidad, de los colegios	58.4

Ente ejecutor: Fundación Siglo XXI		Miguel Angel Buites, Corazón del Santuario, Colegio Educativo Despertar del Sur y Pablo Neruda ubicados en los barrios, La Ciudadela, Siete de Abril, Carrizal, Santuario y las Américas	
Villavicencio Joven Actuando hacia el Futuro.	Villavicencio/Meta	120 jóvenes, entre 8 y 17 años, de los sectores Nueva Colombia, Manantial, el Carmen y Nueva Colombia Dos	74.7
Ente ejecutor Corporación Artistas del Mundo. Comedores, Abuelos Jóvenes		210 personas de la tercera edad, pertenecientes a la plaza la Concordia	99.8
Ente ejecutor: Centro Médico Sana Club	Bucaramanga /Santander		
<b>TOTAL</b>			<b>812.0</b>

Fuente: FNE

En lo corrido de 2011, se ha recibido un total de 23 proyectos, de los cuales han sido evaluados, en Comité de Asignación de Recursos, diecinueve (19). Se está a la espera de los ajustes que deben realizar los entes regionales en la documentación remitida con el fin de efectuar la suscripción de los convenios respectivos.

### Seguridad Sanitaria y Ambiental

El Ministerio de la Protección Social se encarga de definir, implementar y evaluar políticas, planes, programas y procedimientos para la prevención, detección e intervención de causas y efectos para la salud relacionados con el ambiente; y promover la generación de factores protectores que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Para cumplir con esta función entre el 2010 y el 2011, se expidieron ocho reglamentos técnicos de requisitos sanitarios en alimentos; dos con respecto a agua potable para consumo humano; dos con respecto a seguridad en piscinas; uno sobre condiciones para la prestación de los servicios de cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres y uno para peluquerías.

Adicionalmente, se desarrollan estrategias para identificar, prevenir e intervenir aquellos eventos de interés en salud pública, determinados por factores ambientales. En este sentido, el Ministerio se encuentra impulsando la estrategia de implementación de los Planes de Seguridad del Agua a través de una mesa de trabajo en la cual participan los Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT) y Protección Social (MPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios y la Comisión de Regulación de Agua Potable.

En el marco del trabajo intersectorial se vienen realizando las acciones establecidas por el Enfoque Estratégico para La Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional y se creó la *Comisión Nacional de Salud Ambiental*, encargada de implementar los *"Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química"*

De otra parte, Colombia, como integrante de la Comunidad Andina de Naciones y en cumplimiento de la Decisión 436 que adoptó la Norma Comunitaria para el Registro y Control de Plaguicidas Químicos de Uso Agrícola, se aplicaron criterios de evaluación de riesgo contenidos en el Manual Técnico, incluyendo la expedición de dictámenes técnicos toxicológicos por parte de este Ministerio; en este sentido durante el año 2010 se atendieron 1.211 solicitudes para evaluaciones de riesgo de plaguicidas y 537 en el primer trimestre del año en curso.

En el marco del Convenio de Rotterdam y Basilea y teniendo en cuenta que el Ministerio de la Protección Social es la Autoridad Nacional Designada (ADN) para sustancias industriales, se dio respuesta a nueve consentimientos explícitos desde los países exportadores y está en curso 13 notificaciones de exportación.

Adicionalmente, en convenio con la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, se elaboró el protocolo de vigilancia ambiental y sanitaria de impacto en salud por calidad del aire.

El sector, de manera complementaria está alerta para atender hechos coyunturales que aquejan a la población y atentan contra la calidad de vida y el bienestar, dentro de estas acciones se destacan:

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

Colombia, por su ubicación geográfica, se encuentra en una zona de alto riesgo hidrometeorológico; si a ello se suma la acción de agentes antrópicos, biológicos y la depredación causada por sus habitantes, lo convierte en un país propenso a la erosión, deslizamientos, crecientes torrenciales, avalanchas e inundaciones. Si esta frecuente ocurrencia de fenómenos naturales y/o antrópicos le sumamos la alta vulnerabilidad que presentan los asentamientos humanos, atribuibles al crecimiento desordenado de las ciudades y poblaciones y al tipo de tecnología utilizada en los mismos, tenemos como resultado un país con alta propensión a sufrir graves e inminentes daños a la salud de sus habitantes.

Este tipo de eventos puede afectar la salud pública de los colombianos causando eventualmente un aumento en los casos de diferentes patologías que guardan una relación directa con el invierno entre otros: Enfermedad Diarreica Aguda –EDA-, Infección Respiratoria Aguda –IRA-, Hepatitis A, Leptospirosis, Enfermedades Transmitidas por Alimentos o por Agua, Accidente Ofídico, Malaria y Dengue.

## **Prevención y promoción en salud durante la ola invernal**

En la actualidad, el país vive un fenómeno de enfriamiento de las aguas del Océano Pacífico Tropical conocido como “La Niña” cuya formación comenzó desde mediados del 2010 y un incremento de los vientos Alisios del Este, que ha propiciado no sólo un descenso del nivel del mar sobre la zona oriental, sino un incremento en las precipitaciones. La Niña alcanza su intensidad máxima a finales de año 2010, cuando se acoplan todos los parámetros mencionados, junto con otras variables océano-atmosféricas propias de este evento climático y tiende a disiparse a mediados del año siguiente.

En efecto, de acuerdo con los análisis realizados por las diferentes autoridades climáticas, ante un evento típico de “La Niña”, los efectos climáticos empiezan a sentirse desde mediados de año con un incremento de las lluvias en las regiones Caribe y Andina y sus mayores impactos se esperan en la segunda temporada lluviosa de 2010 y primera temporada de lluvias de 2011, manifestándose en un aumento significativo de los niveles de los ríos y con ellos, la aparición de inundaciones lentas, crecientes súbitas en las zonas de alta pendiente, aumento en la probabilidad de deslizamientos de tierra.

Los modelos internacionales de predicción del clima y los análisis realizados por el IDEAM, continúan mostrando que el fenómeno se extenderá posiblemente hasta mayo del 2011; de otra parte, algunos de los

indicadores océano-atmosféricos del fenómeno actual, en comparación con “Niñas” pasadas de diferente intensidad, muestran la tendencia ascendente de este fenómeno.

Teniendo en cuenta lo anterior y dado que la fuerte ola invernal afecta gran parte del Territorio Nacional, el Gobierno Nacional declaró Calamidad Pública Nacional a través de la Resolución No. 573 de de 2010<sup>7</sup> y posteriormente, a través de los Decretos 4579 y 4580 del 7 de diciembre de 2010, se declara situación de desastre nacional en territorio colombiano y el estado de emergencia económica, social y ecológica por la grave calamidad pública<sup>8</sup>.

El sector salud no ha sido ajeno a esta situación; hasta el momento cuatrocientos treinta y seis (436) instituciones que hacen parte de la Red Prestadora de Servicios de Salud del país, han sido reportadas con algún grado de afectación en su infraestructura, equipamiento médico y de comunicaciones que inciden en su adecuado funcionamiento. En algunos casos, ha sido necesario que se presten servicios de salud en instalaciones municipales alternas, con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población afectada por este fenómeno.

Para garantizar la atención integral en salud de la población afectada por el Fenómeno de La Niña 2010 – 2011, y otros eventos, se han desarrollado las siguientes acciones:

## **Programa Emergencias Sanitarias<sup>9</sup>:**

### **Transferencias a los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres - CRUE y a los Centros Regionales de Reserva del Sector- CRR**

Se transfirieron recursos a las Direcciones Departamentales de Salud, para el fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres - CRUE y a los Centros Regionales de Reserva del Sector- CRR, para la provisión de elementos o servicios que permitan mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de apoyo en la atención de salud a los pacientes afectados por urgencias, emergencias y desastres, en temas relacionados con este fortalecimiento.

### **Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva del Ministerio de la Protección Social**

Con el fin de apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realizó adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer:

1. El Centro Nacional de Reserva del Sector Salud y el Plan de Emergencias del Ministerio, con el objetivo de brindar apoyo y soporte adecuado a las entidades territoriales ante un evento catastrófico.

<sup>7</sup> Resolución 573 de 18 de noviembre de 2010.

<sup>8</sup> Decretos 4579 y 4580 de 7 de diciembre de 2010.

<sup>9</sup> Las actividades desarrolladas en el Programa de Emergencias Sanitarias, se realizan con Recursos de funcionamiento.

2. El Centro Nacional de Comunicaciones, la Sala de Crisis y el Grupo de Atención de Emergencias y Desastres del Ministerio.
3. El Transporte de Emergencias

Para el desarrollo de estas actividades, se asignaron recursos en el año 2010, por valor de \$1.288 millones y para la vigencia 2011, la suma de \$1.327 millones, distribuidos a entidades territoriales de salud, como se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 20**  
**Distribución de recursos - Centros de Reserva del Sector Salud, Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Centro Nacional de Reserva del Sector Salud**

Departamento - Distrito	Valor de la asignación	Departamento - Distrito	Valor de la asignación
	Año 2010		Año 2011
	<b>Centros reguladores de urgencias y emergencias</b>		<b>Centros reguladores de urgencias y emergencias</b>
Antioquia	40.000.000	Barranquilla	40.000.000
Cesar	40.000.000	Cartagena	40.000.000
Risaralda	40.000.000	Bolívar	40.000.000
Norte de Santander	40.000.000	Atlántico	40.000.000
Nariño	40.000.000	Guajira	40.000.000
Sucre	40.000.000	Magdalena	40.000.000
	<b>Centros regionales de reserva</b>		<b>Centros regionales de reserva</b>
Caquetá	10.000.000	Risaralda	20.000.000
Cundinamarca	10.000.000	Cundinamarca	20.000.000
Quindío	10.000.000	Córdoba	20.000.000
Meta	10.000.000	Valle del cauca	20.000.000
Tolima	10.000.000	Santa marta	20.000.000
Putumayo	10.000.000	Norte de Santander	20.000.000
Centro nacional de reserva	988.584.000	Centro nacional de reserva	967.242.000
<b>TOTAL</b>	<b>1.288.584.000</b>		<b>1.327.242.000</b>

Fuente: Resoluciones del Ministerio de la Protección Social Nos: 0093 de 2010 y 0325 de 2011

### Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres<sup>10</sup>

Con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta del sector de la protección social y atender las responsabilidades que le competen al sector en el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres, se asignaron recursos en el año 2010, por un valor de 1.000 millones de pesos.

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

<sup>10</sup> Las actividades desarrolladas en el marco del Proyecto de Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres, se realizan con Recursos de Inversión.

## **Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres**

Continuando con el proceso de fortalecimiento de las instituciones de salud del país, en la formación del recurso humano del sector en el tema de Preparativos Hospitalarios para Desastres y durante el año 2010, fueron asignados recursos por un valor de \$120 millones de pesos, para la elaboración y/o actualización de planes hospitalarios de emergencias, con estos recursos se fortalecieron 109 planes hospitalarios, en igual número de instituciones. Además, se realizaron transferencias de recursos por valor de \$400 millones de pesos, de acuerdo con la Resolución No. 3003 y No. 5463 de 2010, para la implementación de cinco (5) Planes Hospitalarios de Emergencias de instituciones prestadoras de servicios de salud que corresponden a: Hospital Rosario Lopez Pumarejo – Valledupar, Universitario de Sincelejo, Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, Hospital San Jerónimo de Montería y la E.S.E Centro de Salud de Majagual.

Para la vigencia 2011, se tiene previsto asignar recursos para estas actividades por valor de \$100 y \$380 millones de pesos respectivamente.

## **Difusión Misión Médica**

Durante la vigencia julio a diciembre de 2010, se suscribió un contrato con la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana por un valor de \$50 millones de pesos, con el objeto de realizar la capacitación y difusión en el tema de Derecho Internacional Humanitario y la Misión Médica con el fin de continuar en el proceso de disminución de la vulnerabilidad individual e institucional.

## **Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología**

Durante este período, se suscribió un convenio interadministrativo con la Universidad Nacional de Colombia – Centro Nacional de Información Toxicología por valor de \$160 millones de pesos, con el objeto de fortalecer la Red Nacional de Toxicología (RENATO), prestar asesoría al personal de salud para el manejo de pacientes afectados por sustancias tóxicas y fortalecer los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres CRUE y a los Centros Regionales de Reserva del Sector de los departamentos de Cesar, Antioquia, Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Magdalena, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y el Centro Nacional de Reserva del Ministerio de la Protección Social, con la adquisición de sueros antiofídicos, para brindar atención en salud a la población afectada por accidentes ofídicos generados por el Fenómeno de la Niña 2010 – 2011.

Igualmente, se fortaleció las actividades en la respuesta institucional a través de un equipo, con el fin de brindar asistencia técnica a las entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud en todo el territorio nacional, en la asistencia y prevención de emergencias y desastres.

En la vigencia 2011, se asignaron al proyecto de Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres recursos por un valor de 1.000 millones de pesos.

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

Es importante anotar, que el Programa "Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias", tiene como objeto garantizar la prestación de servicios de urgencias, prehospitalarios, hospitalarios a los habitantes del país que lo requieran, independiente de su condición socioeconómica, víctimas de eventos catastróficos y de accidentes de tránsito. Para el efecto, se deben utilizar los procedimientos técnico – científicos apropiados de acuerdo con el grado de severidad y complejidad. El programa está estructurado con los componentes hospitalarios, tecnológicos, transporte, insumos, comunicaciones, que permitan mejorar la capacidad de respuesta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ante una demanda en la atención de urgencias, emergencias o desastres por eventos naturales y/o antrópicos.

Para garantizar la atención integral en salud de la población afectada por la fuerte ola invernal, se fortalecerá la Red Nacional de Urgencias, para lo cual se asignaron recursos en la vigencia 2010, por valor de 25.000 millones de pesos. Lo anterior a través de un contrato suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo Nacional de Calamidades.

## Mitigación y atención de enfermedades

### Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis

El Ministerio adquiere y distribuye oportunamente los medicamentos e insumos para la prevención y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores, vacuna antirrábica y los medicamentos para tuberculosis y lepra; para esto se invirtió en el 2010 un total de \$49.337 millones de pesos y en el 2011 se programó una inversión de \$35.343 millones<sup>11</sup>. (Ver Anexo No. 2).

**Enfermedades Transmitidas por vectores-ETV:** En el año 2010, fueron reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud, un total de 114.795 casos de malaria, de los cuales 81.041 (70,6%) corresponden a *Plasmodium vivax*; 32.269 (28,1%) a *Plasmodium falciparum*; 1.429 (1,24%) a la asociación y 56 (0,05%) a *Plasmodium malariae*. En total fueron reportados 699 casos de malaria complicada y 24 defunciones, de las cuales, 7 proceden del Chocó; 4 de Risaralda; Antioquia, Córdoba y Valle del Cauca aportaron tres muertes cada uno; mientras que Bolívar, Guaviare, Meta, y Putumayo aportaron una muerte cada uno.

En el año 2010, se diseñó la estrategia de Gestión Integral para la prevención y control de las ETV 2010 – 2014, la cual se encuentra en fase de difusión e implementación y se elaboraron las Guías de Atención de las ETV, así como las Guías de Vigilancia y Control Vectorial.

Con el objetivo de disminuir la incidencia de malaria en 50% y la de dengue en 60%, se planteó fortalecer la estrategia de control integrado de vectores concentrando esfuerzos en las zonas de mayor riesgo; así mismo, se prevé generar mecanismos de participación comunitaria en los municipios con mayor incidencia,

---

<sup>11</sup> No incluye las vacunas del esquema del PAI

seguimiento de la resistencia a fármacos antimaláricos, vigilancia en salud pública e integrar acciones de diagnóstico, tratamiento, control e información a la comunidad entre las EPS y las entidades territoriales.

**PROYECTO MALARIA COLOMBIA**



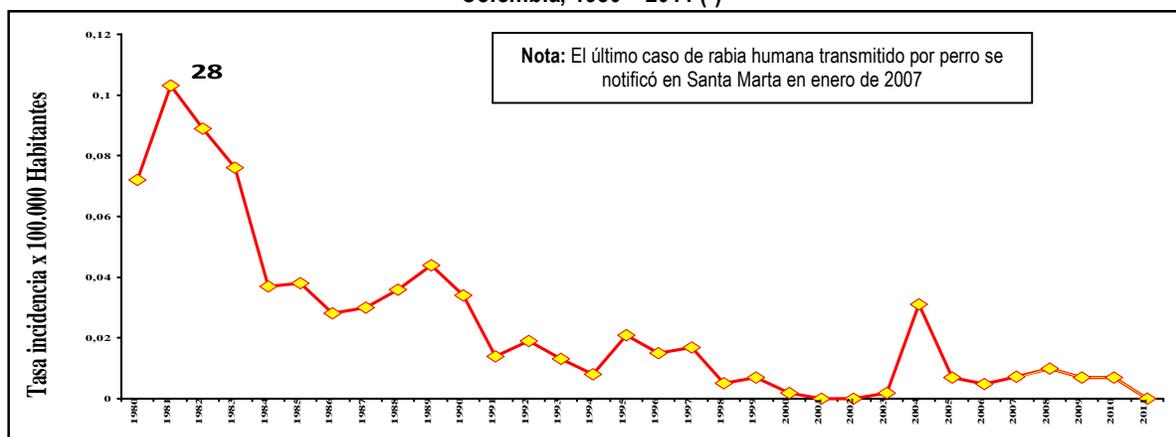
Colombia se encuentra desarrollando el proyecto “Uso de la inteligencia epidemiológica con participación social, para fortalecer la gestión del Programa, mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y ejecutar intervenciones eficaces para la prevención y control de la malaria, Colombia 2010 –

2015” el cual busca reducir la morbilidad al menos en un 40% y la mortalidad al menos en un 95%, en 44 municipios pertenecientes a los departamentos de Antioquia, Cauca, Chocó, Córdoba y Valle que concentran cerca del 80% de los casos del país. Este proyecto es financiado por el Fondo Global para la lucha contra la tuberculosis, el VIH y la malaria y que se ejecuta desde marzo de 2010.

**Prevención y control de las Zoonosis:** Se elaboró una “Caja de Herramientas” con el objeto de que sirva de apoyo a las acciones que deben cumplir los funcionarios de las Secretarías de Salud en prevención, vigilancia y control de zoonosis. Adicionalmente, se adquirió 4.900.000 dosis de vacuna antirrábica para perros y gatos; 70.000 dosis de vacuna antirrábica para uso humano y 3.000 frascos de suero antirrábico para uso humano.

Se mantiene el control de rabia transmitida entre perros con cero casos en perros desde enero de 2008 y cero casos de rabia humana transmitida por perro desde enero de 2007.

**Gráfico 7**  
**Incidencia de Rabia humana. Número de casos y Tasa x 100.000**  
**Colombia, 1980 – 2011 (\*)**



Fuente: Informes anuales-MS/MPS, IQEN, SIVIGILA, INS (Virología y Zoonosis), LDSP e ICA-LDV  
 (\*): Hasta Semana 16 Preliminar (17 al 23 de abril de 2011)

La cobertura de vacunación antirrábica en perros se puede observar en el siguiente cuadro. Los logros obtenidos en prevención de la rabia humana y reducción de la transmisión de la rabia en perros, se ha debido principalmente a la vacunación antirrábica.

**Cuadro 21**  
**Coberturas de vacunación antirrábica en perros – Colombia 2010**

Entidad / Año	2010	Entidad / Año	2010
<b>Amazonas</b>	67,1%	Guajira	65,9%
<b>Antioquia</b>	80,9%	Guaviare	87,7%
<b>Arauca</b>	85,1%	Huila	95,5%
<b>Atlántico</b>	88,8%	Magdalena	72,9%
<b>B/quila</b>	93,3%	Meta	34,6%
<b>Bogotá</b>	63,4%	Nariño	97,4%
<b>Bolívar</b>	36,9%	N. de Santander	78,5%
<b>Boyacá</b>	87,6%	Putumayo	40,9%
<b>Caldas</b>	86,4%	Quindío	68,1%
<b>Caquetá</b>	68,3%	Risaralda	86,3%
<b>Cartagena</b>	3,7%	S. Andrés	56,8%
<b>Casanare</b>	56,8%	Santander	56,1%
<b>Cauca</b>	60,1%	Sta. Marta	84,8%
<b>Cesar</b>	98,0%	Sucre	65,8%
<b>Choco</b>	56,9%	Tolima	2,7%
<b>Córdoba</b>	80,4%	Valle	76,7%
<b>Cundinamarca</b>	86,4%	Vaupés	48,0%
<b>Guainía</b>	92,1%	Vichada	46,5%
<b>TOTAL</b>			<b>68,0%</b>

Fuente: MPS – INS – DTS (Informes SV-1 Programa de Rabia)

Brucelosis, Carbunco, Encefalitis Equina Venezolana. El Ministerio de la Protección Social en coordinación con el ICA, adelantan acciones de acompañamiento y asistencia técnica para la prevención, vigilancia y control sanitario de carbunco, en respuesta a brote de carbunco cutáneo presentado durante 2010 y dos nuevos brotes en ovinos y caprinos, el primero en la comunidad de Hurraichichon y el segundo en la comunidad de Voluvolthiao, que arrojan dos casos humanos confirmados en 2011. De manera coordinada con el ICA, se ha mantenido el acompañamiento a las Direcciones Territoriales de Salud para que mantengan las alertas sobre acciones de prevención, vigilancia y control sanitario para reducir el riesgo de presentación de casos de Encefalitis Equina Venezolana. Adicionalmente, y con recursos del Fondo de Calamidades, como parte de la respuesta ante la ola invernal el Ministerio tramitó la adquisición de 200.000 dosis de vacuna contra Encefalitis Equina Venezolana de manera complementaria a 500.000 dosis que adquirió el ICA.

En el año 2010 se detectaron 11.424 casos de tuberculosis, para una tasa de incidencia de 25,4 casos por 100.000 habitantes; tratado exitosamente al 77% de los casos bacilíferos (meta 85%); a fin de alcanzar las metas de reducción de la tuberculosis en el país, el Ministerio ha ejecutado acciones de asistencia técnica en el marco del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 y adelanta el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la tuberculosis en los pueblos indígenas de 24 departamentos. De otra parte, sostiene la meta de eliminación de la lepra como problema de interés en salud pública al tener menos

de 1 caso por 10.000 habitantes, a través del desarrollo del Plan Estratégico de Colombia “Para Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de Lepra 2010-2015”.

Con respecto de las acciones desplegadas por el Instituto Nacional de Salud, se cuenta con la siguiente información:

### Intoxicaciones

El Instituto Nacional de Salud, viene adelantando acciones para la mitigación de intoxicaciones causadas por el uso de sustancias químicas utilizadas en la producción agrícola e industrial, en el siguiente cuadro se detalla el número de casos de intoxicación por tipo de sustancia que la produjo.

**Cuadro 22**  
**Casos por Intoxicaciones notificados**

Evento	Notificados jul-dic 2010	Mortalidad jul-dic 2010	Notificados ene-abr 2011	Mortalidad ene-abr 2011
I. Plaguicidas	4.706	57	2635	37
I. Fármacos	3.635	12	2101	6
I. Metanol	168	4	99	3
I. Metales	114	1	26	0
I. Solventes	351	1	176	0
I. Sustancias Psicoactivas	1073	3	758	2
I. Monóxido de Carbono y otros gases	266	0	145	0
I. Otros Químicos	3.468	17	1.720	8

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

### Enfermedades Transmitidas por Alimentos

Durante el segundo semestre de 2010, se reportaron 4.605 casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), de 302 brotes notificados en el mismo período. Este año ya se han presentado 3.273 casos en el período enero - abril de 2011, presentados en los 226 brotes detectados. Con el propósito de disminuir la incidencia de este evento de salud pública, el Instituto Nacional de Salud, realiza asesorías técnicas permanentes a nivel nacional, para la socialización de los protocolos establecidos para la vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos.

**Cuadro 23**  
**Casos por ETA notificados**

Evento	Casos jul - dic 2010	Mortalidad jul - dic 2010	Casos ene - abr 2011	Mortalidad ene - abr 2011
ETA	4.605	2	3.273	2

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

## Lesiones por pólvora

Las lesiones ocasionadas por el uso inadecuado de los artefactos pirotécnicos, principalmente durante las festividades, siguen siendo un tema preocupante, en el siguiente cuadro se reflejan los casos de lesiones por pólvora notificados.

**Cuadro 24**  
**Casos de Lesiones por pólvora notificados**

Evento	jul - dic 2011	Mortalidad jul- dic 2010	ene - abr 2011	Mortalidad ene - abr2011
<b>Lesiones por pólvora</b>	529	1	151	0

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

## Salud oral

Durante el año 2010 se trabajó para que el tema de salud bucal sea un tema transversal en el ciclo de vida. A fin de evidenciar cuales son las tendencias de las metas establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, durante este año, se elaboró los lineamientos para levantar la información de caries, basados en el índice COP (Cariados, obturados, perdidos) tradicional y en un COP modificado, a fin de identificar la caries desde etapas más tempranas, actualmente se está implementando. En este sentido, se logró la participación de 22 departamentos y 1 EPS del régimen contributivo de carácter nacional (Salucoop) en la presentación de una aplicación para el registro territorial.

Para fortalecer las estrategias del Plan Nacional de Salud Pública, también fue importante el trabajo que culminó en la inclusión del componente de salud bucal dentro del manual clínico de AIEPI, con el cual se aporta a la atención integral de las madres gestantes y de los menores de 5 años y se brinda un insumo para avanzar en el desarrollo de habilidades comunitarias y del personal de salud.



Por su parte, se ha avanzado en el documento base en Atención Primaria para el Plan Decenal en Salud.

## Vigilancia en salud

### Plan Nacional de Salud Rural<sup>12</sup>

A través de este programa, se busca desarrollar actividades que permitan mejorar la calidad de vida de la población rural y sin capacidad de pago en municipios de menos de 50 mil habitantes, mediante la prestación de servicios de salud.

<sup>12</sup> Las actividades desarrolladas en el Plan de Salud Rural, se realizan con Recursos de funcionamiento.

Para la vigencia julio a diciembre de 2010, se apoyaron ciento cincuenta y cinco (155) proyectos, en igual número de instituciones de salud del país, con una apropiación de \$8.716 millones de pesos.

Para la vigencia 2011, se tienen dispuestos recursos por 8.977 millones de pesos con los cuales se espera apoyar aproximadamente, ciento cincuenta (150) nuevos proyectos.

## **Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud<sup>13</sup>**

Este programa busca mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud en instituciones de salud de carácter público en poblaciones urbanas y marginales de municipios con más de cincuenta mil habitantes.

Para la vigencia julio a diciembre de 2010, se apoyaron cuarenta y cinco (45) proyectos, en igual número de instituciones de salud del país, con una apropiación de \$2.827 millones de pesos.

Para la vigencia 2011, se dispone de recursos por valor de 2.953 millones de pesos con los cuales se espera apoyar aproximadamente cuarenta (40) nuevos proyectos.

El Instituto Nacional de Salud ha realizado vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en Hemovigilancia, con indicadores de seguridad sanguínea, como son, Tamizaje para VIH, VHB, VHC, chagas, sífilis HTLV I-II y Anti- HBCore de todas las unidades de sangre disponibles para transfusión. A diciembre de 2010 y a 31 de marzo de 2011, el 100% de las unidades de sangre en Colombia dispuestas para transfusión son tamizadas para VIH, VHB, VHC, Chagas y sífilis. De acuerdo con el Decreto 1571 de 1993 “Sangre Segura para Todos” las pruebas de HTLV I-II y Anti- HBCore no son obligatorias, sin embargo, el INS está realizando estas pruebas en el 65% y 65.6%, respectivamente.

A través de la notificación, que es el procedimiento por medio del cual se capta, procesa, analiza y divulga la información procedente de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública de forma rutinaria (semanal) o inmediata, la notificación recibida por el INS, correspondiente a la semana epidemiológica 52 de 2010 (diciembre de 2010), fue del 97% (35/36 entidades territoriales) para las Unidades Notificadoras Departamentales (UND). Para marzo de 2011 la notificación fue del 100% (36/36 entidades territoriales). La notificación de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 81,7% (917/1122 municipios). A marzo de 2011 la notificación fue del 98.4% (1104/1122) municipios.

El cumplimiento a nivel nacional de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en la semana 52 (diciembre de 2010) fue del 78% (3763/4827 UPGD), a marzo de 2011 la notificación fue del 91.75% (4429/4827).

Con respecto a la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios, el INS, durante el período comprendido entre julio de 2010 a marzo de 2011, se han recibido un total de 6.322 muestras procedentes de los diferentes departamentos del país, de las cuales 5.920 corresponden a muestras analizadas para la identificación de Influenza y otros virus respiratorios de interés en salud pública, a fin de identificar la aparición de brotes de enfermedades respiratorias virales inusitadas en el país, orientando además a la formulación de políticas y directrices para la prevención y el control de enfermedades respiratorias. Las 402 restantes corresponden a

---

<sup>13</sup> Las actividades desarrolladas en este Programa, se realizan con recursos de funcionamiento.

muestras contaminadas con hongos y escasas de células identificadas por la técnica de inmunofluorescencia (muestras inadecuadas).

## **1.5. INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL**

### **Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

En desarrollo de la responsabilidad del Estado de velar por la sostenibilidad y la prestación adecuada a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud realizar actividades y acciones que garanticen que el sector este protegido, sea confiable y sostenible, eficaz, eficiente y transparente. Así mismo que, los vigilados que hacen parte del SGSSS den respuesta cumplida, oportuna y efectiva a las necesidades de salud de la población y del contrato de delegación, administración o autorización de funcionamiento que les expide el Estado.

A continuación se presentan las actividades y logros resultantes de la gestión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud correspondiente al periodo julio de 2010 a marzo de 2011. Durante este periodo la entidad realizó todos los esfuerzos por fortalecer el sistema de inspección, vigilancia y control con el objetivo de proteger los derechos en salud de los usuarios en todo el territorio Nacional. La razón de ser de la Superintendencia, es ser reconocida como una entidad respetable y que sea garantía de la confiabilidad, eficacia y sostenibilidad de sus vigilados.

### **Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud**

Las acciones de la Superintendencia Nacional de Salud en el período considerado, se realizaron con el objetivo de alcanzar el logro de su misión, a través de la protección efectiva de los derechos en salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para llevar a cabo esta misión, se adelantaron procesos de inspección, vigilancia y control, en la generación y flujo de los recursos en salud, aseguramiento y calidad en la prestación de servicios, protección al usuario y participación ciudadana, medidas especiales y la función conciliatoria y jurisdiccional.

### **Inspección, vigilancia y control a la generación y flujo de recursos de salud**

#### **Generadores de Recursos Grupo Juegos de Suerte y Azar**

Como resultado de los indicadores de gestión, establecidos por el Ministerio de la Protección Social y calificados por el Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar sobre la gestión de las Loterías durante el año 2009, se solicitaron doce (12) planes de desempeño a las loterías de Santander, Risaralda, Huila, Tolima, Valle del Cauca, Meta, Beneficencia de Antioquia Lotería de Medellín, Sorteo Extraordinario de Colombia, Lotería de Boyacá, Lotería de Bogotá, Lotería de Cundinamarca y Lotería de Quindío), los cuales fueron revisados y actualmente se encuentran en seguimiento.

Entre Julio y Diciembre del año 2010 se solicitaron dos (2) planes de Recuperación de Solvencia a las Loterías de Huila y Tolima, planes que se encuentran actualmente en seguimiento, y se revisaron 19 Planes de Desempeño, dato que incluye oficio cursado al Consejo Nacional Juegos de Suerte y Azar, informando situación de Plan de Desempeño del 50% de los operadores de Lotería con corte a 31 de Diciembre de 2009. Actualmente, se encuentran en seguimiento estricto y monitoreo permanente las Loterías del Huila y Tolima, por procesos de intervención forzosa y administrativa.

Se realizaron 2.590 verificaciones de cumplimiento en el envío de información de acuerdo con los parámetros de Circular Única por parte de los operadores de lotería, 542 verificaciones a operadores de Apuestas Permanentes y 4.543 verificaciones de operadores diferentes a loterías y apuestas permanentes. Así mismo se remitieron 2.141 requerimientos a los operadores de lotería, apuestas permanentes y juegos de suerte y azar diferentes a los anteriores, por presuntas irregularidades en el cumplimiento de las normas del régimen propio de juegos de suerte y azar.

Se han resuelto un total de 309 Derechos de Petición y 82 solicitudes de información por diversas temáticas.

De otra parte, el total de Ventas Brutas generadas por las Loterías activas, a Diciembre de 2010, asciende a la suma de \$409.610 millones de pesos. Durante el período Enero a Diciembre de 2010, las transferencias por concepto de renta del monopolio (12% de la venta bruta de la lotería), el total transferido al sector salud asciende a \$48.764 millones de pesos; por Impuesto a Foráneas (10%) \$20.405 millones de pesos; por Impuesto a Ganadores (17% de los premios pagados) la suma de \$21.773 millones de pesos; por utilidades 2010 la suma de \$4.108,4 millones de pesos, y por juegos promocionales \$80.296 millones de pesos. Del mismo modo, el total de transferencia por concepto de derechos de explotación del juego de Apuestas Permanentes o Chance al mes de Diciembre de 2010, asciende a un total \$214.627 millones de pesos. El total de transferencias efectuadas por ETESA en Liquidación entre los meses de Enero y Diciembre de 2010, a los Fondos Locales de Salud y al FONPET asciende a la suma de \$128.049 millones de pesos y \$9.456 millones de pesos al Fondo de Investigación en Salud de Conciencias, para un gran total de \$137.505 millones de pesos transferidos por concepto de derechos de explotación de los operadores de juegos localizados.

Durante el segundo semestre de 2010 el Grupo de Juegos de Suerte y Azar llevaron a cabo 3 visitas inspectivas a operadores de Lotería, de Apuestas Permanentes y a las Entidades Concedentes.

Durante el año 2010 se realizaron doscientos dieciocho (218) aperturas de investigaciones administrativas por no envío de información y violación a las normas relativas a los juegos de suerte y azar; transferencias de recursos al sector salud, entre otros por valor de \$780.305 millones de pesos y se impusieron 75 sanciones a los operadores de juegos de suerte y azar por no reportar información de manera suficiente y oportuna a la UIAF.

Durante el periodo julio de 2010 a marzo de 2011, se realizaron veinticuatro (24) visitas inspectivas a las entidades vigiladas que generan y transfieren recursos del IVA cedido de cervezas, licores, vinos y aperitivos, y a las Secretarías de Salud y de Hacienda Departamentales y se realizaron más de 300 requerimientos a los productores de cervezas, licores, vinos y aperitivos. De igual manera, con respecto a la renta del monopolio de licores se efectuaron 23 requerimientos a departamentos para que den cumplimiento a lo establecido en el Decreto 4692 de 2005, referente a la destinación preferente de los recursos para los sectores de salud y educación.

## **Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos para Salud**

Es necesario señalar que se realizaron 137 visitas, se dio apertura de 137 investigaciones administrativas y se sancionó a 408 entidades.

En relación con los aspectos puntuales frente a cada uno de los tipos de vigilados se deben señalar los siguientes aspectos: Se realizó requerimiento a 1110 municipios en el mes de marzo de 2010, a ese primer requerimiento respondieron 478 municipios, en el mes de agosto se requirieron 634 municipios que no dieron respuesta al primer requerimiento (a dos municipios se les requirió dos veces). A la fecha han dado respuesta 678 municipios de los cuales reportaron valores de liquidación 365 por un monto de \$519.365 millones de pesos. Además, esta Delegada ha efectuado la intervención de las EPS Emdisalud, Salud Cándor, Comfaca y Cajacopi.

De otra parte, en el caso de IPS, en el periodo se efectuaron 4460 requerimientos a instituciones prestadoras de servicios de salud por no envío de información de Circular Única por el periodo 2007 a 2010, los cuales se encuentran en proceso de recepción y evaluación de la información.

## **Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios de salud**

Mediante contrato externo No 070 con la Universidad de la Guajira, valor \$ 1.005 millones de pesos, se realizó visita inspectiva al proceso de atención en salud de 320 IPS I-II- y III nivel de complejidad.

Resultados: IPS Riesgo alto: Cumplimiento entre 0 y 49 %: 92 IPS (32%); IPS Riesgo medio: Cumplimiento entre el 50 y 79%: 62 IPS (21%); IPS Riesgo bajo: Cumplimiento superior al 80%: 135 IPS (47%)

Incumplimiento en la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, en 153 IPS (48%) de las IPS visitadas. El 36% de las IPS presentan irregularidades en la habilitación en el registro autoevaluación y cumplimiento de estándares.

En los procesos de atención de urgencias 61 % de las entidades visitadas no tiene implementados procesos que garanticen recurso humano idóneo, requisitos de dotación y mantenimiento, procesos de referencia y contrareferencia para garantizar una adecuada calidad en la prestación de servicios de urgencias.

En mantenimiento hospitalario el 38 % de las IPS no cumplen con los requisitos de recurso humano, financiero; elaboración, ejecución y monitoreo a un Plan de Mantenimiento Hospitalario.

Se realizaron 20 visitas inspectivas a establecimientos carcelarios en que se evalúa el proceso de atención en salud en 10 parámetros con el siguiente porcentaje de cumplimiento:

Florencia 20%, Cúcuta 20%, Pereira 40%, Villavicencio 0%, Leticia 40%, Barranquilla 30% Popayán 20%, Manizales 30%, Medellín 0%, Neiva 60 %, Acacias 70%, Girón 60%, Pasto 50%, Sincelejo 10%, Valledupar

50%, Arauca 30%, Riohacha 20%. Montería 60%; Itagüí 30%. A las entidades se les requirió para que remitieran plan de mejoramiento al que se le hará seguimiento en el 2011.

Evaluación contrato No 1172 de 2009 CAPRECOM-INPEC: No se han establecido procedimientos específicos para el traslado de los internos de los patios al área de sanidad y a la red externa de prestadores. La EPS CAPRECOM no paga oportunamente a las cooperativas que prestan servicios de salud a las entidades carcelarias, no se ha realizado el proceso de carnetización a los internos, entre otros aspectos.

Se realizaron visitas inspectivas integrales al proceso de atención en salud a EAPB, Entidades Territoriales, IPS con el resultado de: Se Archivarón 40 (29%); Plan de mejoramiento: 25 (18%); Proceso administrativo sancionatorio: 21 (15%); Pendiente definir conducta: 47 (35%) Total traslado a otras entidades de control: 4 (3%)

Se dio auto de apertura de investigación a 324 entidades.

Sanciones: 195: EAPB: (35%); ET: (45%); IPS: 71 (18%); Otros: 9 (2%)

Sanciones por causa: Aseguramiento: 10%; Salud Publica: 10%; SOGC: 18%; Atención Inicial de Urgencias: 3%; Negación insumos y procedimientos: 24%; Incumplimiento ley 715 ET: 4%; Focalización: 19%; Otros: 12%.

Se ha realizado Auditoria Referencial a 60 EAPB en la implementación de la Gestión del Riesgo en Salud en los componentes de: Perfil epidemiológico, identificación de riesgos, programas de atención en salud, Plan de acción para ejecución de programas y definición de responsables de la ejecución de los programas.

Cumplimiento superior al 80%: 4 EAPB 7%; Cumplimiento entre el 60 y 79%: 8 EAPB (15%); Cumplimiento por debajo del 59%: 42 EAPB (78%):

Se ha realizado seguimiento a las 36 ET en su función de realizar visitas de verificación de estándares de habilitación de los prestadores de su jurisdicción.

Se habilitó a la entidad Capital Salud EPS-S S.A.S y se verificó en 59 EAPB el cumplimiento en el número mínimo de afiliados tomando como soporte la información del Consorcio Fidufosyga 2005, en la Base de Datos única de Afiliados – BDU, con corte a 30 de abril de 2010 y 28 de junio de 2010.

No acreditaron el número mínimo de afiliados las EPS Golden Group S.A EPS y Selvasalud EPS-S.

Se realizó la evaluación de veinte (20) entidades que supuestamente se encontraban funcionando sin la respectiva autorización. A diez de ellas se les ordenó la suspensión de las conductas violatorias.

Se realizó el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones de los contratos del régimen subsidiado, de las vigencias 1° de abril de 2008 a 31 de marzo de 2009 y 1° de abril de 2009 a 31 de marzo de 2010 a treinta y 32 departamentos y 1.106 municipios, con el fin de fortalecer la operación y que se garantice el acceso de la población al SGSSS con calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

Se llevó a cabo el contrato No 92 por valor de \$2.000 millones de pesos con la Universidad Nacional para evaluar en 290 entidades territoriales (32 ET departamentales; 4 distritos; 2 municipios especiales; 10 municipios categorías 1, 2, 3; 242 municipios 4, 5, 6) en la ejecución del Plan de Salud Territorial 2009, avances POA 2010 e implementación de la ley 1098 de infancia y adolescencia, y se encontró que: Entidades en Riesgo Alto: 232 (81%); Entidades en Riesgo Medio: 30 (10%); Entidades en Riesgo Bajo: 24 (9%)

En temas de salud pública los departamentos cumplen en un 34%; los distritos en un 55%; los municipios 1, 2,3, y categoría especial cumplen en un 35% y los municipios de categoría 4, 5 y 6, en un 20%.

Contratación de servicios de salud pública: Contratos sin justificación, sin estudios técnicos. Existe una tendencia de contratación por medio de cooperativas por tiempos cortos especialmente en los municipios de categoría 4, 5, y 6, no se tiene infraestructura física organizativa, recurso humano no idóneo. Además los sistemas de información y capacitación son centralizados en las direcciones departamentales, no se tienen implementados un adecuado flujo de información y amplia cobertura.

Respecto al PAI se tiene un cumplimiento de metas arriba del 95% 13 ET (36%); y con un cumplimiento menor al 94%: 23 entidades (64%). Además se hizo seguimiento al Programa Control vectores de las entidades territoriales a 37 entidades territoriales del orden departamental y municipal. Se evidenciaron fallas en el proceso de contratación recurso humano, disponibilidad de insumos, integración interinstitucional, falta de adherencia a guías por los prestadores.

### **Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Calidad de los productos competencia del INVIMA**

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, ha dirigido sus acciones en materia de vigilancia sanitaria hacia los productos de consumo humano que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva de la población colombiana.

Como integrante del propósito sectorial asociado al fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria, la acción del Instituto en el último año se ha orientado a interactuar de manera coordinada con las Entidades Territoriales, las entidades del Sector, los gremios y la academia en la ejecución de este propósito con el fin de generar bienestar a los nacionales y disminuir los factores de riesgo en la Salud Pública a través de una mejora continua de la capacidad institucional asociada al Sistema de IVC posibilitando la ampliación de la cobertura, la actualización de la estructura normativa así como la identificación de los requerimientos y expectativas del sector productivo y los usuarios externos para modernizar y agilizar los trámites mediante el establecimiento de mecanismos eficaces en los sistemas de información y eficiencia de la gestión.

### **Acciones de Inspección, Vigilancia y Control**

Durante el periodo objeto de análisis, el INVIMA desarrolló acciones encaminadas a garantizar la salud pública reduciendo las causas de riesgo y fortaleciendo los factores protectores a través del sistema de inspección, vigilancia y control de calidad y seguridad de los productos de competencia en aspectos relacionados con la expedición de los registros sanitarios; la 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 comercialización de los mismos; en el marco de este sistema, 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 vigilancia y control en relación con las empresas establecidas en el territorio nacional.

**Cuadro 25**  
**Sistema de Inspección, Vigilancia y Control**

Actividad	Unidad de Medida	Julio –Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Expedición de Registros Sanitarios	# de Registros Sanitarios	9.303	4.978
Expedición de Trámites Asociados	# de Trámites asociados a Registros Sanitarios	25.383	6.965
Expedición de Vistos Buenos de Importación y Exportación de los productos de competencia	# de Actos Administrativos	45.930	22.178
Acciones de Inspección, vigilancia y control con visitas de verificación a establecimientos	# de Acciones de IVC		
[ Medicamentos		321	133
[ Alimentos		5.584	2.296
[ Plantas de beneficio animal		469	194
[ Insumos para la Salud		67	
Emisión de Conceptos de Calidad	# de conceptos de calidad emitidos		
[ Medicamentos		460	193
[ Alimentos		2.243	1.643
Peso en Kg de Medicamentos decomisados, congelados y desnaturalizados	Kg medicamentos decomisados y congelados	133.017,72	1.386,5
Peso en Kg de Insumos para la Salud decomisados, congelados y desnaturalizados	Kg insumos decomisados y congelados		1.927
Peso en Kg de Alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	Kg alimentos decomisados y congelados	27.976,75	73.809,38
Litros de Alimentos decomisados, congelados y desnaturalizados	Lt alimentos decomisados y congelados	16.910,00	8.136,45
Establecimientos certificados en BMP de medicamentos, con reconocimiento internacional	# de Establecimientos con reconocimiento internacional	21	1
Establecimientos certificados en BMP y HACCP de alimentos con reconocimiento internacional	# de Establecimientos con reconocimiento internacional	28	4
Capacitación y Asistencia Técnica			
• Medicamentos		59	5
• Alimentos		86	18
• Insumos para la Salud		8	0

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirecciones Misionales

La entidad tramitó 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 al instituto, adelantando acciones de cobro persuasivo, procesos ejecutivos por jurisdicción coactiva, sin que medie intervención judicial. Las decisiones y sanciones impuestas dentro de los procesos sancionatorios son:

**Cuadro 26**  
**Total Decisiones y Sanciones**

Tipo de Sanciones	Julio – Diciembre 2010	Enero –Marzo 2011	Total
Amonestación	11	0	11
Cierre	0	0	0
Decomiso	0	0	0
Exoneración	29	237	266
Multas	414	244	658

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA - Oficina Asesora Jurídica Grupo Procesos Sancionatorios

El proceso de recaudo proveniente del cobro de multas en el periodo objeto de análisis, ascendió a la suma de \$1.481,041 millones de pesos.

### Programas de Vigilancia y Control Post-comercialización

#### Programa Nacional “De Muestra la Calidad”

El Programa DeMuestra la Calidad en 2010 examinó 22 principios activos como antiscicóticos, antibióticos, corticosteroides, antihipertensores, anticonvulsivantes, analgésicos, entre en formas farmacéuticas estériles y no estériles, para un total de 455 muestras. A la fecha se cuenta con los siguientes resultados parciales:

El 80% de las 455 muestras analizadas por los centros de análisis, cumplieron con las especificaciones establecidas en las monografías utilizadas como referencia y un 20% (91) de las muestras no cumplieron con algún requisito exigido en esas referencias. De los 22 activos analizados, 9 presentaron total conformidad en los ensayos realizados: Amikacina Sln. Inyectable, Ceftriaxona polvo para inyección, Clindamicina Sln. Inyectable, Hioscina N butil bromuro Sln. Inyectable, Betametasona Sln. Inyectable, Diazepam Tabletas, Sulfadiazina Plata Crema, Penicilina G Benzatinica Polvo para inyección, Metoprolol tabletas. El laboratorio de análisis del INVIMA, se encuentra en proceso de análisis de las contra muestras y muestras de retención con la técnica del fabricante para confirmar los resultados obtenidos por los centros de análisis.

Para 2011 se ha previsto la reorganización y fortalecimiento del programa, a la fecha está en proceso la selección de principios activos considerando los siguientes criterios técnicos: Medicamentos con altos pagos de recobros no incluidos en los planes de beneficios, con cargo a los recursos del FOSYGA; Medicamentos Incluidos en la Circular No. 003/2010 de la Comisión Nacional de Precios; Medicamentos de Alto costo; Medicamentos con mayor índice de denuncias por falsificación; Relevancia clínica, tomando como parámetro las estadísticas del DANE en cuanto a enfermedades con mayor porcentaje de morbilidad/mortalidad en Colombia; Medicamentos con mayor número de unidades de venta en Colombia (fuente IMS vigente); Grupo terapéutico más empleado de acuerdo a las tasas de morbi-mortalidad en el país; Relevancia clínica (reportes de Farmacovigilancia y denuncias sobre la calidad de medicamentos); Medicamentos que serán incluidos en el proyecto de tecnologías de señalización de conformidad con la Ley 1122 de 2007.

**Cuadro 27**  
**Programa Demuestra la Calidad de Medicamentos**

Actividades	Julio –Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Número de Centros de Análisis	4	Se encuentra en proceso de la reorganización y fortalecimiento del programa.
Principios Activos Muestreados y Analizados.	22	
Muestras Analizadas	455	
Muestras Interlaboratorio	1	
Muestras con resultados no cumple (centros de análisis)	91 - (20%) de las muestras no cumplieron con algún requisito exigido en dichas referencias	
*Muestras con resultados conforme (Entre las que se incluyen los activos anticóaticos, antibióticos, corticosteroides, antihipertensores, anticonvulsivantes, analgésicos).	364 - (80%) de las muestras analizadas por los centros de análisis, cumplieron con las especificaciones establecidas en las monografías utilizadas como referencia	
% de muestras No Conformes	Actualmente se está finalizando la etapa de muestreo en fabricantes para confirmar el resultado no conforme, emitidos por los centros de análisis	

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos

### Programa de Farmacovigilancia

Como parte del Sistema de Vigilancia en Salud, las actividades del Programa de Farmacovigilancia permiten conocer los efectos del uso de los medicamentos una vez estos han sido comercializados, los principales problemas relacionados con su uso y la aparición de eventos adversos que no se detectan en la etapa de investigación clínica. Con la identificación de estos efectos se puede establecer restricciones en el uso de productos a través de cambios en las especificaciones de registro y etiquetado o el retiro del mercado cuando los eventos adversos comprometen la vida de los pacientes. El resultado de las actividades de este Programa es:

**Cuadro28**  
**Actividades Realizadas Programa de Farmacovigilancia**

Actividad	Unidad De Medida	Julio –Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Seguimiento al programa de farmacovigilancia en Instituciones Prestadoras de servicios de Salud	No. de visitas	64	18
Capacitación y asistencia técnica a entes territoriales	No. de capacitaciones	12	4
Seguimiento al programa de farmacovigilancia en Laboratorios Farmacéuticos	No. de visitas	11	7
Reacciones adversas enviadas a Uppsala	No. RAMs enviadas	149	1916
Informes de seguridad Emitidos/Alertas	No. de informes de seguridad/Alertas	15	17
Boletines Publicados	No. de boletines	2	0

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.

Este Programa cuenta a la fecha con una base de datos que registra un total de 2454 reportes recibidos y gestionados a 31 de Marzo de 2011. Como resultado de la gestión de estos reportes se ejecutan acciones tales como: visitas de inspección, vigilancia y control, seguimiento a la investigación con el importador y/o fabricante según corresponda, envío de reportes para análisis en la Sala especializada de comisión Revisora, y seguimiento de la investigación en la IPS informando a la Secretaria de Salud correspondiente o realizando vistas conjuntas.

En cuanto a la Red Nacional de Tecnovigilancia ha permitido la articulación de todos los niveles de acción en temas relacionado con: gestión de reportes, comunicación de alertas, comunicación de Recalls, comunicación de informes de seguridad, gestión de consultas y apoyo técnico.

A la fecha la Red cuenta con 1.500 inscritos representados en entidades prestadoras de salud, profesionales del área de la salud, importadores y fabricantes.

Durante el periodo que se informa, se tramitaron 645 reportes. En materia de capacitación y asistencia técnica a importadores, fabricantes y entidades territoriales ejecutadas en el último año se realizaron 8 jornadas de capacitación para un total de 485 asistentes.

## **Buenas Prácticas Clínicas – BPC**

El periodo de transitoriedad de la Resolución 2378 de 2008 por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos expiró en el mes de junio de 2010, entre julio y octubre se realizaron 12 visitas de seguimiento al Plan Gradual de cumplimiento presentado por las instituciones, cumplido este seguimiento, se inicia el proceso de certificación BPC; así mismo se expidió la Resolución 2010020508 del 7 de Julio de 2010 por la cual se establecen los tiempos de reporte y reportantes de eventos adversos de medicamentos en fase de investigación; en el mismo mes, se evaluó el módulo de ensayos clínicos por la Organización Panamericana de la Salud – OPS y la RED PARD obteniendo Calificación IV para éste, esta calificación contribuyó a la certificación del INVIMA como Agencia Sanitaria de Referencia para la Región de las Américas.

En 2011, se llevó a cabo una reunión técnica con los Gremios de la Industria Farmacéutica con el fin socializar y concertar el proyecto de modificación de la Resolución 2010020508 de 2010, en lo relacionado con los tiempos de reporte de eventos adversos serios y no serios, nacionales e internacionales de medicamentos en fase de investigación para dar cumplimiento al reporte por parte de los patrocinadores y las Organizaciones de Investigación por Contrato – OIC. La propuesta final con los ajustes correspondientes se encuentra a la fecha en proceso de revisión por parte de la Dirección General del INVIMA.

De igual forma, se han realizado capacitaciones en Regulación Local y en el Proceso de certificación en Buenas Prácticas Clínicas dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS del Valle del Cauca y del Atlántico.

**Cuadro 29**  
**Actividades Realizadas Buenas Prácticas Clínicas**

Actividad	Unidad De Medida	Julio –Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Visitas de certificación en BPC	No. de visitas	3	5
Visitas de Inspección, Vigilancia y Control a Instituciones que realizan investigación con medicamentos en seres humanos	No. de visitas IVC	9	2
Capacitaciones en BPC	No. capacitaciones	3	0
Asistencia Técnica a las Entidades Territoriales de Salud	No. asistencias técnicas	2	0
Reuniones técnicas con gremios Instituciones que solicitaron visita de certificación en BPC	No. reuniones No. solicitudes de certificación	NA 102	1 31

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Medicamentos y Productos Biológicos – Grupo BPC

### Sistema Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias – INVIMA

En cumplimiento de los objetivos tendientes a mejorar el estatus sanitario de la producción agroalimentaria del país, proteger la salud y vida de las personas, los animales y las plantas, preservar la calidad del medio ambiente y mejorar la competitividad de la producción nacional a través de la admisibilidad sanitaria en los mercados internacionales, el INVIMA como complemento de la inspección, vigilancia y control sobre establecimientos fabricantes de alimentos y sus productos, realiza actividades específicas en plantas de beneficio animal; inspección y certificación de alimentos y materias primas e insumos en Sitios de Control en Primera Barrera, colabora en aspectos de capacitación a la comunidad, industria – gremios y desarrolla actividades conjuntas con las agregaciones para activar el comercio exterior de los alimentos.

### Inspección, Vigilancia y Control sobre establecimientos fabricantes de alimentos y sus productos

Con base en la Ley 1122 de 2007, la Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas orienta su gestión en materia de visitas de inspección, vigilancia y control a través de la delegación de esta responsabilidad en los grupos de trabajo territorial con el fin de verificar las condiciones sanitarias de los establecimientos bajo el enfoque de riesgo con el fin de lograr una mayor cobertura de seguimiento en atención a la norma y condiciones definidas como de mayor riesgo. Los resultados en el periodo objeto de análisis son:

**Cuadro 30**  
**Visitas de IVC en Alimentos Realizadas por los Grupos de Trabajo Territorial (GTT)**

GTT	Julio – Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Costa Caribe1	455	199
Costa Caribe 2	408	169
Centro Oriente 1	492	276
Centro Oriente 2	1418	619
Centro Oriente 3	388	157
Occidente 1	789	251

Occidente 2	954	336
Orinoquia	407	210
Eje Cafetero	273	79
Total	<b>5.584</b>	<b>2.296</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

El resultado de la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad, cuando las no conformidades detectadas se consideran que están causando un problema sanitario o están relacionadas con el incumplimiento de las disposiciones sanitarias, es:

**Cuadro 31**  
**Medidas Sanitarias de Seguridad Aplicadas Durante Acciones de IVC en Establecimientos Fabricantes de Alimentos**

GTT	Julio – Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Costa Caribe1	46	24
Costa Caribe 2	9	8
Centro Oriente 1	31	8
Centro Oriente 2	197	125
Centro Oriente 3	36	14
Occidente 1	31	14
Occidente 2	16	18
Orinoquia	115	25
Eje Cafetero	23	3
Total	<b>504</b>	<b>239</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

### Inspección y Certificación de Alimentos y Materias Primas e Insumos en Sitios de Control en Primera Barrera

En el marco de la Decisión 502 de la CAN, el INVIMA continúa con las actividades tendientes a fortalecer los pasos fronterizos que limitan con Ecuador y Venezuela, en este sentido promueve la implementación de los Centros Binacionales de Atención en Frontera (CEBAF) de Rumichaca, con el fin de dar cumplimiento a lo normado en esta Decisión, entre lo que se destaca, evitar la duplicidad de trámites y aplicar procedimientos que promuevan demoras en los trámites de importación y exportación, mantener con alto dinamismo las actividades de IVC en los sitios de control en primera barrera como contribución al mejoramiento de la competitividad del Sector.

**Cuadro 32**  
**Consolidado Visitas de IVC en Primera Barrera**

Actividad	Unidad De Medida	Julio – Diciembre 2010	Enero – Marzo 2011
Inspección y Certificación de Alimentos Importados	Certificados de Inspección Sanitaria para Nacionalización	18.146	8.668
Inspección y Certificación de Alimentos Exportados	Certificados de Inspección Sanitaria para Exportación	3.773	1.820

<b>Toma de Muestras</b>	Muestras	527	660
<b>Recaudo por Tarifas de Inspección y Certificación de Importaciones y Exportaciones</b>	Peso Colombiano	2.951.865.259	1.923.325.438,00

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas - Sistema de Información SIVICOS

**Cuadro 33**  
Expedición de Certificados de Inspección Sanitaria (CIS) para la Nacionalización y Exportación

CIS	Importaciones	Exportaciones	Total
Julio	2721	580	3301
Agosto	3126	661	3787
Septiembre	3125	751	3876
Octubre	2980	622	3602
Noviembre	3096	573	3669
Diciembre	3098	586	3684
Enero	2768	499	3267
Febrero	2535	528	3063
Marzo	3365	793	4158
<b>TOTAL</b>	<b>26.814</b>	<b>5.593</b>	<b>32.407</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

### Inspección, Vigilancia y Control en Plantas de Beneficio Animal

En cumplimiento del Decreto 1500 se mantienen las actividades tendientes a la aprobación de los Planes Graduales de Cumplimiento de las plantas de beneficio, desposte y desprese; de seguimiento al cumplimiento de los planes de racionalización y el diseño de estrategias al fortalecimiento de las actividades en materia de IVC permanente y/o periódica a plantas de beneficio, bajo el enfoque de riesgo Clase I y II de acuerdo al Decreto 2278 de 1982, y Clase III, IV o que sin tener clasificación tienen un alto volumen de sacrificio.

Estos programas tienen como propósito garantizar que el país cuente con una cantidad de Plantas de Beneficio acorde con las necesidades regionales, a la normatividad sanitaria asegurando el abastecimiento con calidad e inocuidad para los consumidores nacionales e internacionales. En el periodo de análisis, los resultados son:

**Cuadro 34**  
Consolidado Visitas de IVC en Plantas de Beneficio  
(Julio – Diciembre 2010 Enero – Marzo 2011)

Mes	No. de Visitas
Julio	113
Agosto	75
Septiembre	81
Octubre	120
Noviembre	58

Diciembre	22
Enero	30
Febrero	69
Marzo	95
<b>TOTAL</b>	<b>663</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA-Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

**Cuadro 35**  
**Medidas Sanitarias de Seguridad Aplicadas Durante Acciones de IVC en Plantas de Beneficio**

Periodo	Total
Julio – Diciembre 2010	29
Enero – Marzo 2011	19

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

### 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 36**  
**Jornadas de Capacitación En El Tema Sistema De Medidas Sanitarias Y Fitosanitarias**

Temas	Julio – Diciembre 2009		Enero - Marzo 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>1071</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA Subdirección de Alimentos y Bebidas Alcohólicas

**Vigilancia y control de sustancias de control especial y medicamentos que la contienen**

**Disponibilidad de Medicamentos Monopolio del Estado**

En desarrollo del proceso de certificación de la calidad emprendido por el Fondo Nacional de Estupefacientes, durante el segundo semestre de la vigencia 2010 se estructuró y formalizó el nuevo proceso denominado “Disponibilidad de medicamentos monopolio del Estado”, mediante el cual se garantiza de manera eficiente y oportuna la disponibilidad de dichos medicamentos en todo el territorio nacional.

A través de la gestión realizada, se logró durante el primer semestre de 2011 la expedición del Acuerdo No. 21 del 15 de febrero de 2011 “por el cual se amplían las concentraciones de algunos medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud dispuesto por el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES” donde se acordó incluir las siguientes concentraciones de los medicamentos de control especial monopolio del Estado: Hidromorfona Hcl 5 mg Tabletadas, Metadona Hcl 40 mg Tabletadas y Morfina Hcl 3% Solución Inyectable – Vial Multidosis, al Plan Obligatorio de Salud – POS.

Así mismo en la presente vigencia se gestionó ante la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora del INVIMA, mediante Acta No. 13 del 31 de marzo de 2011 incluir dentro de las normas farmacológicas 19.17.1.0.N10 las siguientes concentraciones para el Hidrato de Cloral, así: Como medicamento en la concentración de 143,3mg/5mL Solución Oral y como preparación magistral al 10% Jarabe.

Con el fin de hacer más eficientes los procesos y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de la Unidad, a partir del 01 de julio de 2010 se unificaron en un solo proceso las actividades propias de Inspección, Vigilancia y Control a cargo de la Unidad y las de Comercio Exterior, que se encontraban disgregadas en dependencias diferentes, quedando inmersos en el proceso de Inspección, Vigilancia y Control la mayoría de los trámites a cargo de la Unidad.

De manera ilustrativa, el volumen de solicitudes recibidas y atendidas trimestralmente, que surgen de la medición de indicadores correspondientes al tercer trimestre del 2010, es el siguiente.

**Cuadro 37**  
**Volumen Trimestral de Solicitudes**

Item	Trámite o servicio	No de trámites solicitados	No. de Respuestas emitidas, correspondientes a los trámites solicitados	No. de Objeciones o devoluciones o recursos a respuestas emitidas	% de Respuestas objetadas (efectividad)	Meta tiempo de respuesta (en días calendario de respuesta)
1	Solicitud de <b>Inscripción</b> y Relacionadas (Ampliación, Modificación, Renovación Y Cancelación)	136	113	0	0,0	30
2	Solicitud de <b>Previsión</b>	79	67	1	1,5	30
3	Solicitud de Vo.Bo. a <b>Licencia</b> de Importación	283	283	0	0,0	7

4	Solicitud de <b>Certificado de Importación</b>	97	97	0	0,0	10
5	Solicitud de <b>Liberación y Endoso</b> de Guía Aérea	104	104	0	0,0	5
6	Solicitud de <b>Inspección</b> en Depósito Aduanero	197	197	0	0,0	5
7	Solicitud de <b>Formalización</b> de Importación y Autorización de Entrega de Mercancía	204	204	0	0,0	7
8	Solicitud de Autorización de <b>Compra Local</b>	33	33	1	3,0	10
9	Solicitud de Asistencia a <b>Transformación</b>	106	106	0	0,0	10
10	Solicitud de <b>Certificado de Exportación</b>	93	93	1	1,1	10
11	<b>Consultas, Conceptos y Certificados</b>	18	18	0	0,0	20
12	Respuesta a <b>Notificación Previa</b> a La Importación	10	10	0	0,0	15
<b>Total</b>		<b>1360</b>	<b>1325</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>	

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

Durante el segundo semestre de 2010 se realizaron las siguientes visitas de auditoría a los diferentes establecimientos farmacéuticos controlados por la Unidad, clasificados así.

**Cuadro 38**  
**Visitas de Auditoría**

Tipo de usuario	Nº de visitas total realizadas II semestre 2010
<b>Distribuidores de medicamentos e IPS (incluyendo establecimientos veterinarios)</b>	172
<b>Importadores y Laboratorios</b>	49
<b>Total</b>	<b>221</b>

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

Durante el período de análisis, la Unidad ha garantizado la prestación de los diferentes servicios y trámites requeridos por los usuarios.

### Apoyo Interinstitucional e Internacional

A partir del mes de julio, el Fondo Nacional de Estupefacientes acogiendo las recomendaciones internacionales dadas en el tema, comenzó a utilizar el sistema de Prenotificaciones en Línea PEN-ONLINE, establecido por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), con el fin de mejorar la comunicación entre las autoridades de control de precursores de los diferentes países, de tal forma que los despachos desde Colombia de productos farmacéuticos que contengan Efedrina y Pseudoefedrina, son previamente informados a los países de destino con el fin de que éstos se manifiesten al respecto y se eviten despachos sospechosos.

Así mismo se ha trabajado en estrecha comunicación con la Policía Antinarcoóticos con el fin de articular esfuerzos y mejorar la capacitación tendiente a prevenir y reprimir el tráfico de estos precursores.

Simultáneamente se han venido excluyendo de la inscripción de los diferentes laboratorios, aquellos productos que en su momento eran elaborados con estos principios activos, en la medida que han sido reformulados o retirados del mercado, realizando seguimiento también a la destrucción definitiva y vigilada de los sobrantes de materias primas y productos terminados generados como resultado de la aplicación de las Resoluciones N° 2335 de 2006 y N° 3962 de 2009 del Ministerio de la Protección Social.

En diferentes escenarios, se realizaron reuniones con la Dirección de Comercio Exterior del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, así como con la Dirección de Impuestos y aduanas Nacionales – DIAN, en las que se trataron varios temas de interés conjunto tales como:

- Actualización de la clasificación arancelaria de las sustancias y productos sometidos a fiscalización por el Fondo Nacional de Estupefacientes.
- Con base en lo anterior, actualización de la Circular Externa de la Dirección de Comercio Exterior del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo que define las mercancías sometidas a fiscalización, su clasificación arancelaria, y el procedimiento para solicitar el visto bueno de la entidad al tramitar una licencia de importación a través de la Ventanilla Única de Comercio Exterior. – VUCE. (actualmente, circular 060 de 2006).
- Comité de Gerencia de Ventanilla Única de Comercio Exterior. – VUCE, del cual hace parte el Fondo Nacional de Estupefacientes.

Como resultado de lo anterior, se ha venido revisando, depurando, aclarando y complementando detalladamente el listado total de sustancias sometidas a fiscalización por el Fondo Nacional de Estupefacientes, revisando su correcta definición por denominación común, Internacional o nombre común, así como su nombre químico y clasificación arancelaria, y en la actualidad se trabaja en la proyección de la nueva circular.

## **Otras acciones relacionadas con Medicamentos de Control Especial**

La Dirección de Política contra las Drogas del Ministerio del Interior y de Justicia convocó el 26 de octubre de 2010, a diferentes entidades del gobierno central, con el fin de socializar y discutir el estudio realizado por el Fondo Nacional de Estupefacientes en el año 2009, denominado “Estudio jurídico sobre penalización del tráfico de precursores de drogas sintéticas, fiscalizadas en Colombia por la UAE Fondo Nacional de Estupefacientes” en el cual se examinó cual ha sido el desarrollo de los instrumentos de alcance universal en materia de represión del narcotráfico hasta llegar a la inclusión de los precursores en dicha prohibición y, sobre todo, determinar cuáles son las sustancias que la comunidad internacional ha declarado como precursores. Del análisis efectuado en dicha convocatoria, se estableció la necesidad y conveniencia de incluir estas sustancias dentro del elenco de sustancias objeto de represión penal, proponiendo la expedición de una resolución por parte del Consejo Nacional de Estupefacientes, que de manera particular complemente el artículo 43 de la Ley 30 de 1986 y el artículo 382 del Código Penal a fin de penalizar y judicializar los nuevos comportamientos relacionados con los precursores utilizados en la producción de drogas sintéticas.

De otra parte, el 17 de noviembre de 2010, por invitación de la Agencia presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, el Fondo Nacional de Estupefacientes participó en el proceso de capacitación a diferentes participantes de las policías de diferentes países tales como México, Guatemala y otros, presentando la política y antecedentes del Estado Colombiano frente al control administrativo a la producción, comercio y uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el contexto médico e industrial.

Durante los meses de noviembre y diciembre, se participó activamente en diferentes mesas de discusión establecidas para actualizar el acuerdo que en materia de lucha contra las drogas se tiene con Venezuela, el cual resulta se suma relevancia dadas las condiciones de frontera.

A lo largo del periodo evaluado, el Fondo Nacional de Estupefacientes realizó importantes aportes para presentar los informes que como país se requirieron en el marco de:

- El Observatorio Nacional de Drogas.
- La quinta ronda de evaluación del Mecanismo de Evaluación Multilateral – MEM, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD, de la Organización de los estados Americanos OEA.
- Informe de cumplimiento de las recomendaciones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE, correspondientes a sus informes de los años 2005-2007.

## 1.6. PROMOCIÓN SOCIAL

### Red UNIDOS

La Red Unidos es la estrategia mediante la cual el Plan Nacional de Prosperidad Social, propuesto por el actual gobierno, busca reducir significativamente los índices de desigualdad y pobreza extrema en Colombia. Bajo el liderazgo de gobernadores, alcaldes, y con una amplia articulación con el sector privado y las diferentes entidades del Estado, la Red Unidos trabajará en este cuatrienio por lograr que 350.000 familias superen la condición de extrema pobreza.

La Red Unidos continúa operando bajo el mismo esquema y lineamientos de la Red Juntos, pero con nuevos elementos como la promoción social, la participación comunitaria y el abordaje de trampas de desarrollo local bajo el marco de convergencia regional.

A 31 de Marzo de 2011, La Red Unidos ha brindado acompañamiento a 1.403.047 familias, en 1.026 municipios que suscribieron y legalizaron convenios interadministrativos para la cofinanciación de la estrategia. Para el levantamiento de la información se ha contado con el apoyo de 8.421 cogestores contratados<sup>14</sup>, los cuales han sido capacitados en 9 dimensiones prioritarias para la Red Unidos: identificación, ingresos y trabajo, educación y capacitación, salud, nutrición, habitabilidad, dinámica familiar, bancarización y ahorro y apoyo para garantizar el acceso a la justicia.

<sup>14</sup> Datos de Infounidos con corte a marzo 31 de 2011. Acción Social.

Buscando la articulación y la adecuación de la oferta de los servicios del Estado, el MPS como líder del Sistema de Protección Social ha continuado durante el 2010 y lo que va corrido del 2011 con su compromiso en la coordinación de las mesas técnicas para los temas de salud, nutrición, discapacidad y trabajo infantil.

A su vez, el MPS ha adelantado acciones para articular y asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información con la Red Unidos. El Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, administrado por el MPS, ha venido apoyando a la Red Unidos en la generación de reportes e informes, a partir de cruces de información relacionados con los programas de asistencia social. Las diferentes entidades del orden nacional reportan al RUAF estos programas, identificando la atención prestada a la población y determinando la oferta potencial para los beneficiarios de la Red. De esta forma el RUAF se ha convertido en la fuente oficial de beneficiarios de los programas de asistencia social vinculados a la Red.

De igual forma entre julio de 2010 y abril de 2011 el ICBF ha obtenido los siguientes logros:

- Construcción del procedimiento de focalización de la población Red UNIDOS a través de los procesos de Búsqueda activa y remisión directa, con el propósito de realizar la Priorización de Beneficiarios Red UNIDOS en la oferta del ICBF.
- Presentación y sustentación de la propuesta ICBF y marco lógico a la bolsa de recursos DNP Red Juntos de los proyectos:
- “Apoyo para la disminución de la desnutrición global de niños y niñas menores de 5 años, a través de complementación alimentaria para población red juntos de 31 municipios de la Costa Caribe colombiana”.
- “Apoyo para la reducción del trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes de 5 municipios de 3 departamentos de Colombia”. A través de las modalidades de Intervención de Apoyo y Externado.
- Fortalecimiento de la articulación territorial de UNIDOS ICBF - Acción Social, desde el nivel Regional y Zonal.
- Empoderamiento a las Regionales, Centros Zonales, Operadores y Agentes Comunitarios frente a la estrategia de focalización, con el fin de garantizar la vinculación de la población UNIDOS a la oferta ICBF.
- 100% de las familias identificadas en la línea base de INFOUNIDOS con sospecha de violencia intrafamiliar, abuso sexual y castigos violentos, atendidas por restablecimiento de derechos. Una vez la familia supere la intervención por medida de protección, ésta será atendida a través del programa Vivienda con Bienestar.

Con el programa Vivienda con Bienestar cuyo objetivo es incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludable, así como mecanismos de promoción de la convivencia y prevención de la violencia en las familias colombianas beneficiarias de subsidios de vivienda de estratos 1 y 2, familias en situación de desplazamiento, familias focalizadas por la Red Juntos y familias en situación de vulnerabilidad de los estratos 1 y 2, se han beneficiado 41.560 familias, en 26 regionales para el segundo semestre del año 2010. Dado que el programa tiene un periodo de funcionamiento de 8 meses, a 30 de abril de 2011 no ha iniciado su ejecución.

## Familia

En desarrollo de la Ley 1361 de 2009, se elaboró conjuntamente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar la propuesta inicial para la formulación del CONPES. En este momento se cuenta con el análisis de actores involucrados con quienes, luego de un proceso selectivo, se definió la constitución de la Mesa Nacional de Familia. En esta mesa participa tanto el sector público como el privado y la sociedad civil organizada, la academia, expertos y organismos internacionales. Se espera, durante el 2011, realizar cinco reuniones técnicas de la mesa y cinco talleres regionales para el proceso de formación de esta política y presentarla como insumo para el CONPES.

## Otras poblaciones

### Población con discapacidad

El Ministerio de la Protección Social es el ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad –SND, y en tal sentido ha venido liderando el proceso de reglamentación de la ley 1145 de 2007 y el desarrollo de la Política Nacional de Discapacidad 2010. Durante el 2010 fueron formulados los lineamientos para la Política Pública en Discapacidad e Inclusión Social, en versión para concertación, los cuales se han venido socializando y validando a nivel nacional y territorial con actores del sector público, privado y de la sociedad civil. Al respecto, se realizaron 12 talleres departamentales para la construcción de política pública y socialización de la metodología de Mapa de Riesgos y Posibilidades de realización en Discapacidad con 357 participantes, así como asistencia técnica a 221 referentes departamentales y líderes de procesos en discapacidad.

Como una clara contribución del Gobierno Nacional para fortalecer la integración de los países de la región en torno del desarrollo de la política social, el Ministerio lideró el proceso de formulación de la Política Andina de Prevención de la Discapacidad, Atención y Rehabilitación Integral de las personas con Discapacidad, cuya difusión se inició el marco de la **CUMBRE DE VICEPRESIDENTES POR LA DEMOCRACIA Y LA SOLIDARIDAD** “América sin Barreras”, realizada en Quito, Ecuador en diciembre de 2010.

Así mismo, en coordinación con el Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados –ACNUR, se elaboró la Directriz de Enfoque Diferencial para el goce efectivo de los derechos de las Personas en situación de desplazamiento con Discapacidad en Colombia, cuya información además se presenta en una Cartilla para facilitar la comprensión del tema por parte de servidores públicos, comunidad y sociedad civil.

El Ministerio asumió, a partir noviembre de 2010, la modernización y manejo del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad –RLCPC que estaba a cargo el DANE. El objetivo es ampliar cobertura, garantizar un proceso continuo y propender por el uso adecuado de la información. Se avanza así en el diseño de un aplicativo digital que podrá ser usado vía Web o a través de un aplicativo local desde cualquier parte del país. El proceso de modernización se inició con un Prueba Piloto en 9 localidades de Bogotá D.C. y 9 municipios del Departamento de Boyacá. La asunción del Registro, articulada al Sistema de Información de la Protección Social –SISPRO, contó con el apoyo de la Vicepresidencia de la República. A febrero de 2011, el 100% (1.103) de los municipios del país han realizado el registro, incluyendo 848.354 personas con discapacidad, lo cual significa un 32.3% con respecto al Censo 2005.

De igual manera, se ha efectuado el cruce de información entre el Registro Único de Población Desplazada - RUPD, InfoJuntos Discapacidad<sup>15</sup> y RUAF con el propósito de detectar las necesidades de la población en situación de desplazamiento con discapacidad, con miras a soportar la estructuración de un modelo de intervención territorial para la atención integral básica y el goce efectivo de los derechos de esta población. El primer piloto se realizará en Sincelejo a finales de mayo de 2011.

Se ha dado apoyo a actores públicos y privados en los niveles nacional y territoriales, obteniendo como resultados la conformación y funcionamiento del Consejo Nacional de Discapacidad, los Grupos de Enlace Sectorial –GES, el fortalecimiento del SND en 28 departamentos en la conformación, operación y la articulación de los Comités Técnicos y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Discapacidad con los Consejos de Política Social. Para complementar este proceso fue construida la *“Caja de Herramientas para el Fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad”* y en ella se incluyen los Lineamientos para la operatividad de dichos comités.

Con el mismo propósito, desde el año 2009 se ha ejecutado la estrategia **“Encuentros Nación Territorio en torno a la Discapacidad”** a través de la cual se busca el fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad. Esta estrategia consiste en encuentros virtuales a través del sistema de teleconferencia del SENA e ICBF para promover el intercambio de información y de experiencias exitosas en inclusión social para las personas con discapacidad, donde bajo un sentido de transversalidad y corresponsabilidad actores de los niveles nacionales, departamentales, distritales, municipales y locales logran conectarse para compartir y dialogar sobre diferentes temáticas en torno al tema de discapacidad.

Durante el año 2010 se desarrollaron diez (10) jornadas entre el 27 de abril y 2 de diciembre, mediante el sistema de teleconferencias del ICBF y por Elluminate, vía Internet, a través de la página: [www.paho.org/coldesastres](http://www.paho.org/coldesastres), donde se pueden consultar los contenidos tratados en cada sesión. La estrategia permitió fortalecer el intercambio de información con el territorio, la dinamización y creación de comités territoriales de discapacidad, el fortalecimiento del sistema con participación de las redes sociales de discapacidad y representantes de la sociedad civil y el diálogo permanente entre los actores territoriales y el nivel nacional.

Entre los principales resultados cabe reseñar:

- “ Conformación/fortalecimiento de comités municipales y departamentales de Discapacidad
- “ Socialización de experiencias intersectoriales exitosas.
- “ Identificación, reconocimiento y articulación de redes sociales (Reddis, Red Pensar desde la Diferencia para sumarnos a lo colectivo, red nacional de RBC).
- “ Conocimiento de oferta institucional
- “ Intercambio de experiencias entre los referentes territoriales de discapacidad e instancias del orden nacional.
- “ Identificación y optimización de recursos para la atención a la población con discapacidad.
- “ Formulación y fortalecimiento de planes de acción institucionales acorde con las realidades en los territorios.

---

<sup>15</sup> La red para erradicación de la pobreza extrema, RED JUNTOS, ha cambiado su denominación por RED UNIDOS

Para el año 2011 se tienen planeadas 9 sesiones, de las cuales a la fecha se han realizado dos, abordando los temas: “Discapacidad en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 “Prosperidad para todos” y “Atención a Población en situación de Desplazamiento con Discapacidad” La agenda fue resultado de la participación de los actores sociales en discapacidad en todos los niveles del sistema nacional de discapacidad. Estos Encuentros se continuarán llevando a cabo con participación de los corresponsables de los procesos de concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación de la puesta en marcha de la Política Pública de Discapacidad en los niveles departamental, distrital y municipal y de acuerdo con lo establecido en la Ley 1145 de 2007.

Así mismo, a través del convenio No. 079 de 2010 suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones -OIM, se ha logrado generar un fortalecimiento institucional para el tema de discapacidad logrando la consolidación de comités departamentales y municipales de discapacidad en 13 entidades territoriales (Antioquia, Arauca, Bolívar, Caquetá, Chocó, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Tolima, Santander, Sucre y Valle), además se ha dinamizado la formulación de la Política Pública de Discapacidad, la cual con base en los lineamientos para la construcción de política que ha desarrollado la Dirección General de Promoción Social, ha permitido promover la formulación de planes de acción orientados a la inclusión social para las personas con discapacidad desde los territorios.

Con el fin de fortalecer procesos comunitarios en torno a la atención de las personas con discapacidad, la Dirección General de Promoción Social, ejecutó durante el año 2010 el proyecto “Fortalecimiento de Unidades de Apoyo Familiar UNAFAS”, atendiendo a 225 familias de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en los departamentos de Atlántico, Antioquia, Bolívar, Caquetá, Nariño, Sucre, Tolima, y el Distrito Capital; propiciando el empoderamiento de estos núcleos familiares y favoreciendo los procesos de inclusión social de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Para apoyar los planes territoriales de atención a la discapacidad, durante el año 2010 se transfirieron recursos por \$2.900.000.000 a 14 entidades territoriales<sup>16</sup>, orientados a la adquisición y entrega de ayudas técnicas a niños, niñas y adolescentes en el marco de la Rehabilitación Integral, priorizando situación de desplazamiento y pobreza extrema y focalizando población identificada en Red Unidos.

Desde el año 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<sup>17</sup> y de articular el trabajo de las entidades públicas y privadas. Este proyecto busca fortalecer el trabajo interdisciplinario, las capacidades de los profesionales de la salud, la definición de guías de atención para las personas con limitación visual y amputación traumática; además propende porque las personas con discapacidad conozcan sus derechos y deberes y fortalecer la capacidad de respuesta pre hospitalaria para las víctimas de MAP y MUSE, a través del diseño de guías de atención desde el primer respondiente hasta el traslado al centro de atención hospitalaria.

---

<sup>16</sup> Ministerio de la Protección Social. Resolución 5299 de 2010

<sup>17</sup> MAP / MUSE. Minas Antipersona / Municiones Sin Explotar

En el marco del Auto 006 de 2009<sup>18</sup>, el Ministerio de la Protección Social en trabajo con Acción Social, generó las matrices de necesidades que permiten orientar la atención a las personas con Discapacidad en el territorio y hacer seguimiento a las actividades realizadas, se avanzó en la elaboración de propuesta metodológica para la implementación del “Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado”, con la definición de la ruta interinstitucional nacional y territorial el acceso a los servicios y la garantía de los derechos de las personas con la doble condición discapacidad - desplazamiento. Igualmente, se adelantó socialización y asistencia técnica a servidores públicos de ocho (8) entidades territoriales, sobre dicho Programa.

En ese sentido, con el fin de facilitar su oportuna atención frente al goce de sus derechos, se realizó seguimiento e intervención constante a los 15 casos individualizados en dicho Auto por la Corte Constitucional.

Además, es preciso señalar los siguientes avances: Acuerdos para estandarizar las categorías de discapacidad a registrar en los diferentes sistemas de información; definición de ruta de aplicación del registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad; concertación con Acción Social para el cruce de bases de datos entre SISPRO y SIPOD en conjunto con la información de la red Unidos y otra información que contiene la Red Nacional de Información para generar matrices de necesidades que permitan orientar la atención a las personas con discapacidad en el territorio y hacer seguimiento a las actividades realizadas con las personas; 130.000 personas en situación de desplazamiento con discapacidad focalizadas.

## Grupos étnicos

En relación con la formación y fortalecimiento del personal de salud con enfoque intercultural, se viene trabajando de manera concertada con los pueblos indígenas y las Direcciones Generales de Recurso Humano y de Salud Pública del Ministerio y SENA nacional, para el diseño de proyectos de formación específica para que los promotores de salud indígena homologuen su título a Auxiliares de Salud Pública. Para ello, se adelantó un inventario, a nivel nacional, del personal de salud indígena existente, sujetos de esta formación.

En el marco del cumplimiento del Plan Andino de Salud Intercultural, se elaboró una base de datos de los cursos de pregrado y postgrado en salud intercultural existentes en los países de la región andina y se diseñó una propuesta de módulos para cursos de pregrado y de postgrado en salud intercultural para poner a consideración y ajuste por parte de los pueblos indígenas de cada país. Además, se definió una propuesta con los indicadores de salud intercultural para su discusión y validación con los pueblos indígenas de cada uno de los países y su inclusión en los sistemas de salud; se publicó en la página web del Organismo Andino de Salud -ORAS-CONHU, la Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural y se publicaron los documentos “*Aún nos cuidamos con nuestra medicina*” y “*Análisis de situación de los pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial de la Región Andina*”.

---

<sup>18</sup> Corte Constitucional. Autos de Seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-025 de 2004. Auto 06 de 2009. Protección de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad

El Ministerio de la Protección Social, participa en las mesas interinstitucionales de gobierno compuestas por las entidades responsables de cumplir las órdenes de los Autos 004 y 005 de 2009, de la Corte Constitucional y de las demás entidades que forman parte del SNAIPD.

En el marco de las acciones adelantadas por la mesa del Auto 004 de 2009 para el diseño del Programa de Garantías de los Derechos de los Pueblos Indígenas, se participó en la realización de 44 reuniones preparatorias de socialización de dicho Auto; 27 encuentros departamentales de convalidación del diagnóstico de la situación de la población desplazada; 4 reuniones macroregionales (occidente, norte, Orinoquía y andina); una mesa regional amazónica ampliada y un encuentro de la Confederación Indígena Tayrona- CIT de la Sierra Nevada, para la definición de los contenidos del programa de garantías de los derechos de los pueblos indígenas que ordena la Corte Constitucional. Como aporte a los contenidos de dicho programa se presentó la propuesta elaborada por el Grupo Asuntos Étnicos y Género de atención en salud con enfoque diferencial así como su articulación con la Estrategia de Entornos Saludables, está última como mecanismo de intervención en los determinantes de la salud de las comunidades indígenas como son el hábitat y el entorno.

En cuanto al diseño de los 34 planes de salvaguarda étnica, para el caso del pueblo Kofan que habita los departamentos de Putumayo y Nariño, luego de la construcción del diagnóstico de la situación de la población desplazada, se identificaron las problemáticas y se definieron de manera consensuada acciones para incluir en su plan de salvaguarda. Además, se hizo el acercamiento con los pueblos indígenas Koreguaje del Caquetá, Zenú de Antioquia y Emberá Chami del Putumayo para la definición del proceso de diseño de su plan de salvaguarda y se instaló el proceso de diseño del plan de salvaguarda del pueblo Guambiano del Cauca.

Con respecto del cumplimiento de las órdenes del Auto 05 de 2009, en el marco de la mesa interinstitucional de Gobierno, se elaboró la propuesta metodológica para la construcción concertada de los planes específicos de protección y atención para las 62 comunidades afrocolombianas priorizadas y se elaboró la propuesta metodológica para la construcción del diagnóstico participativo sobre la situación de desplazamiento en la población afrocolombiana.

En el marco del cumplimiento de las órdenes establecidas en el Auto 382 de 2010 (*Medidas de protección especial para las comunidades indígenas Hitnu, en situación de confinamiento y desplazamiento del departamento de Arauca (comunidades indígenas de Caño Claro - La Esperanza - Iguanitos - Parreros - asentada en Betoyes -municipio de Tame y otros)*), se conformó una mesa de trabajo al interior del Ministerio de la Protección Social, con la participación de ICBF, Acción Social y Superintendencia Nacional de Salud, que se articuló con la Mesa Interinstitucional de gobierno que trabaja el cumplimiento de las órdenes del Auto 004 de 2009;; se definieron las prioridades en salud y se elaboró la propuesta de objetivos, principios y contenidos del programa de intervención y atención en salud, nutrición y seguridad alimentaria para su concertación con el nivel territorial y la población indígena Hitnu y Macaguán; se identificó la oferta institucional existente; se elaboraron los diagnósticos de la población Hitnu y Macaguán de los municipios de Arauca, Tame y Puerto Rondón, así como el censo poblacional; se realizó el cruce del censo con la Base de Datos Única de Afiliados - BDU y con la base de datos del Registro Único de Población Desplazada – RUPD para identificar la población no afiliada; se definieron las acciones de emergencia para la atención de urgencia a las comunidades Hitnu y Macaguán focalizadas en al Auto, así como una jornada de atención integral para estas comunidades de los municipios de Tame, Arauca y Puerto Rondón, para la atención oportuna e integral de los principales problemas identificados, que fuera suspendida por la situación de orden público y falta de

apoyo económico por parte de la gobernación y alcaldías; el ICBF concertó un proyecto de atención en soberanía alimentaria y fortalecimiento cultural, por valor de \$100.000.000 (abril a diciembre de 2011), con las comunidades indígenas de San José de Lipa y La Conquista (Arauca) y creó una nueva unidad móvil para la atención con enfoque diferencial a comunidades indígenas; y, se hizo entrega a la Corte Constitucional de los informes de avance de las acciones adelantadas para el diseño del programa de intervención y atención en salud, nutrición y seguridad alimentaria, el 18 de enero de 2011 y el 1 de abril de 2011.

## **Población inimputable por trastorno mental**

El programa de atención integral a la población declarada jurídicamente inimputable por trastorno mental e inmadurez psicológica, garantiza la atención y la asistencia social a las personas declaradas jurídicamente como inimputables, autorizando la internación en los Centros de Rehabilitación contratados por las 13 entidades territoriales a las que se efectúa la transferencia anual de recursos. El programa incluye la coordinación, capacitación y articulación de diferentes actores como la Rama Judicial, Fiscalía, Instituto Nacional de Medicina legal, Fuerzas Militares, INPEC, Secretarías de Salud, Alcaldía, Defensoría y Procuraduría; centros Especializados. Siempre se busca que la ubicación de la persona se haga cerca al lugar de residencia del grupo familiar.

Durante el año 2010, se asignaron recursos por valor de \$11.937.975.000. A la fecha se encuentran 358 pacientes cumpliendo su medida de seguridad y 115 pendientes de ingresar. Para el 2011 se asignaron \$12.176.735.000, cuya transferencia se encuentra en trámite.

El Ministerio de la Protección Social, apoyó la realización de la investigación titulada Caracterización de Pacientes Inimputables Egresados de las Clínicas de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Orden Hospitalización de San Juan de Dios en Colombia 2005-2009.

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

Durante el año 2010 se avanzó en las siguientes actuaciones frente a la reglamentación de la ley 1257 de 2008:

- Propuesta técnica sobre inclusión de la violencia por motivos de género y violencia contra la mujer dentro del Plan Decenal de Salud Pública, con acciones concretas y de estrategias colectivas dentro del Plan de Beneficios.
- Implementación del Modelo de Vigilancia Epidemiológica de las Violencias y de la Plataforma Informática para su ejecución territorial. Propuesta de Ruta para el diseño de un sistema de información interinstitucional en materia de violencia basada en género, frente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las diferentes formas de violencias de géneros;
- Para 2011 se ha programado el desarrollo de la primera fase del Observatorio Nacional de Violencias, con prioridad en las violencias contra mujeres, niños-niñas y adolescentes.
- Elaboración de propuesta que recoge aportes de actores públicos y privados para la inclusión de atención por salud mental (literal 19.c de la Ley 1257/08) en el POS. Será revisada junto con la Comisión Reguladora de Salud –CRES.

En cuanto a la concurrencia para programas de Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica, en 2010 se ejecutaron recursos distribuidos a 10 entidades territoriales por valor de \$1.300 millones en 2009. De estos se ejecutaron \$856 millones. De igual forma, en la vigencia 2010 se distribuyeron otros \$1.300 millones para desarrollar estrategias de Información, Educación y Comunicación -IEC, focalizadas en personas con discapacidad en cinco entidades territoriales y en el adulto mayor, en otras cinco.

## **Recursos de concurrencia para poblaciones vulnerables en promoción social**

En el año 2010 y lo que va corrido de 2011, se asignaron \$99.349.087.723 para la ejecución de recursos de concurrencia en la atención de poblaciones vulnerables. De este monto, \$95.371.536 se transfirieron a las entidades departamentales y distritales y \$3.977.551,723 se ejecutaron por el Ministerio en intervención psicosocial.

### **1.7. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD**

Para fortalecer las instituciones en salud, con el fin de hacerlas más eficientes y efectivas, se ha emprendido, en el marco de la Ley 1444 de 2011, un rediseño del sector que comprende la escisión del Ministerio de la Protección Social, a través del cual se crea el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo<sup>19</sup>.

El nuevo Ministerio de Salud y Protección se concentrará en las acciones de salud pública, la prestación de servicios, el aseguramiento en salud y pensiones y la promoción social. Lo anterior, haciendo énfasis en la necesidad de fortalecer la organización y capacidad del Ministerio para ejercer las acciones de interés en salud pública, garantizar el aseguramiento en salud y pensiones y la calidad en la prestación de los servicios y la necesidad de articular la promoción social en los casos en que sea necesario en poblaciones, grupos, familias o individuos en condición estructural o coyuntural de vulnerabilidad y de protección especial.

Con el fin de fortalecer la evaluación de las tecnologías de la salud, los medicamentos y los tratamientos previstos en los planes de beneficios, se creará el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Dentro de sus funciones estarán las de evaluar el impacto que pueda generar para los usuarios la incorporación de nuevas tecnologías, así como también generar guías y protocolos de procedimientos basados en la evidencia que le proporcionen a todo el sector una herramienta técnica para el diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento de las patologías incluidas en los planes de beneficio y en las políticas de salud pública.

Adicionalmente, se creará el Observatorio Nacional de Salud como dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Observatorio será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por asegurador, prestador y ente Territorial. Así mismo, realizará el seguimiento a las condiciones de salud de la población, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia.

<sup>19</sup> Ver sección *Fortalecimiento Institucional Sector Trabajo*.

El rediseño del sector igualmente prevé el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud con nuevos recursos y más herramientas para la inspección, vigilancia y control. Entre las nuevas herramientas se encuentran la desconcentración a nivel regional con lo que tendrá una mayor cobertura en el país, el fortalecimiento de la figura de Defensor del Usuario, la ampliación de la función jurisdiccional y la Creación de las Juntas Técnico Científicas de Pares, y el fortalecimiento de las sanciones. Fruto de este trabajo se logró duplicar el presupuesto de la Superintendencia Nacional de Salud al pasar de \$ 40 mil millones en 2011 a \$80 mil millones desde 2012 con lo que habrá más investigadores y de mayor nivel técnico. Adicionalmente, desde 2011 se aumentaron en \$30.000 millones los recursos para supervisión de Régimen Subsidiado.

## **Sistemas de información**

El Ministerio de la Protección Social, en el marco y cumplimiento de la Ley 1438, que reforma el sistema de salud, busca fortalecer y articular los sistemas de información del sector de la protección social, de tal forma que se garantice la transparencia y oportunidad en el funcionamiento del sistema. Por este motivo, el principal objetivo de la Ley 1438 en este tema, es articular las diferentes bases de datos de sistemas de información del sector, buscando convenios como el que se adelanta con la Registraduría y el acuerdo para hacer procesos de depuración de las bases de datos internas del Ministerio y de todo el sector salud. Con estos convenios y acuerdos se busca generar más información para los usuarios del sistema de salud en todos los aspectos.

El fortalecimiento e integración de los sistemas de información garantizarán a los usuarios el acceso ágil y oportuno a los beneficios a que tengan derecho, al tiempo que harán más eficiente el funcionamiento del sistema de protección social.

En lo referente a la optimización de los Sistemas de Información de la Protección Social, ya se encuentra en proceso la depuración y validación de la BDUA aprovechando la existencia de la información de recaudo (PILA) y de validación de los otros riesgos con el Registro Único de Afiliados (RUAF), así como la articulación de la BDUA con la base de datos de la Registraduría.

## **El Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO**

Para apoyar las tareas relacionadas con la misión del Ministerio de la Protección Social, se encuentra en operación desde el año 2007 el Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO, el cual integra la información de las instituciones que generan información para la toma de decisiones de política, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en el sector, haciendo uso de la tecnología de bodega de datos.

El SISPRO contempla que el sector de la Protección Social incluye varios componentes: salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo y empleo y asistencia social. Para su correcto funcionamiento el sector se apoya en 4 procesos misionales en los cuales se basa el Sistema de la Protección Social (20):

**Aseguramiento:** en un sentido amplio es la organización y gerencia del servicio donde se agrega la demanda de servicios, se articula el financiamiento y las prestaciones. Tiene que ver con la creación de las condiciones de acceso de la población a los servicios de la protección social y a la organización de planes de subsidios o beneficios para la población vulnerable.

**Financiamiento:** movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas, aportes de trabajadores dependientes e independientes) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales) y su acumulación en fondos reales o virtuales, que pueden ser asignados a través de diferentes arreglos institucionales para la producción de servicios.

**Oferta:** recursos no financieros disponibles en el sector de la protección social. Se relaciona con las instituciones u organizaciones que prestan servicios de la protección social y la calidad de los servicios ofrecidos.

**Demanda y uso de servicios:** se relaciona con la identificación de los factores de riesgo y su calificación para establecer los requerimientos institucionales para su atención. Igualmente se relaciona con la capacidad de que la población utilice la oferta de prestaciones ofrecidas por la protección social.

Con base en el anterior marco conceptual, el SISPRO se desarrolla partiendo del análisis de la información detallada relacionada con cada uno de los componentes y de sus diferentes procesos misionales, lo cual permite establecer una matriz de categorizaciones de tipos de información que debe contener la bodega de datos diseñada para apoyar las decisiones gerenciales del sector. Esta clasificación de la información conduce a la organización de la misma al interior del Sistema de Información y a la definición de los procedimientos y políticas para su actualización, administración y disposición final para los usuarios

A continuación se presentan en detalle cada uno de los componentes del SISPRO en su estado actual, destacando sus funcionalidades, potencialidades y avances.

## Sistema de Gestión de Datos - SGD

El Sistema de Gestión de Datos es el núcleo del SISPRO, a través del cual 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.

---

(20) Documento del Sistema Integral de Información. MPS. Julio 2005

El Sistema de Gestión de Datos del SISPRO, utiliza como soporte tecnológico una bodega de datos, cuyo principal objetivo es organizar los datos en información de una forma que cree conocimiento. A través de la bodega de datos se provee a los usuarios de herramientas avanzadas de consulta y análisis de información, de tal manera que un mismo dato puede ser analizado bajo distintos puntos de vista. El análisis multidimensional de datos permite detectar comportamientos y reglas del negocio que no son fácilmente identificables con los sistemas transaccionales. La Bodega de Datos permite consolidar datos desde una variedad de fuentes, manejar grandes volúmenes de datos, acceder a los datos de una forma más directa y analizarlos para obtener relaciones complejas entre los mismos, mejorar el tiempo de respuesta de los informes y consultas habituales a los múltiples usuarios.

En la actualidad el SGD se encuentra en proceso de estabilización y afinamiento en la plataforma dispuesta en el Centro de Datos del Estado – CDE, que ofrece mayor capacidad para el almacenamiento y desempeño de esta gran bodega de datos. Este proceso de estabilización se está realizando por fuente, pudiendo en este momento ejecutar consultas relacionadas con las siguientes fuentes:

- PILA, incluye datos desde julio de 2005 hasta enero 30 de 2011.
- RUAF, los datos corresponden al corte de enero 30 de 2011.
- SIHO, esta información se reporta anualmente y está disponible para los años 2001 hasta el tercer trimestre de 2010.
- RIPS, los datos corresponden a los años 2009.
- PAI incluye datos a nivel departamental y municipal desde 1998 hasta febrero de 2011.

Con la información dispuesta actualmente en el SGD se pueden realizar diferentes consultas, navegando a través de las diferentes variables dispuestas en los cubos. Los cubos de información disponibles se muestran en el siguiente cuadro:

**Cuadro 39**  
**Cubos de información disponibles en el Sistema de Gestión de Datos.**

PROCESO MISIONAL	COMPONENTE	CUBO	FUENTE DE DATOS
Aseguramiento	Salud Pensiones Riesgos Profesionales Cesantías Compensación Familiar	Afiliaciones a la Protección Social	Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF
Demanda y uso	Asistencia Social	Beneficiarios de Programas de Asistencia Social	Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF
	Salud	Vacunación – Coberturas a nivel municipal y departamental	Programa Ampliado de Inmunización – PAI.
	Salud	Prestación de Servicios de Salud	Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS.
Oferta	Salud	Indicadores de Gestión de IPS, EPS, DTS	Sistema de Información de Hospitales Públicos – SIHO. Sistema de Información de Gestión de Calidad -SOGC
Financiamiento	Salud	Comportamiento de Aportes a Salud.	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA.

Aseguramiento Demanda y uso Oferta	Salud Asistencia Social	Personas con Discapacidad	Registro de personas con discapacidad.
--	----------------------------	---------------------------	---

La disposición de información del SISPRO se hace a través de su portal [www.sispro.gov.co](http://www.sispro.gov.co) el cual puede ser accedido a través de la página del Ministerio de la Protección Social [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

## El módulo geográfico del SGD

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 SGD 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. Su base de datos geográfica incluye Información básica del territorio colombiano (límites político administrativos, vías, ríos, quebradas y sitios de interés entre otros) e información de la Protección Social relacionada con la ubicación de las Administradoras y Prestadores.

## El módulo de Cuentas de Salud del SGD

Este módulo está diseñado para el procesamiento y consulta de las Cuentas de Salud. A través de este módulo se realiza la sistematización para la medición del gasto y financiación del Sector Salud con base en la metodología desarrollada por Harvard e implementada en Colombia por el Ministerio de la Protección Social. en la actualidad se han cargado los datos correspondientes al período comprendido entre los años 1993 y 2003 por diferentes agentes, para un primer proceso de obtención automática de las cuentas de salud en Colombia y se tiene el cargue parcial de datos para los años 2004 a 2009. Los datos de este módulo provienen de más de 150 de entidades.

## Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED

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 – CNPM, conformada por el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Comercio Exterior y el INVIMA. En el marco del SISMED se creó el Código Único de Medicamentos – CUM.

El reporte de información es trimestral por parte de laboratorios, mayoristas, EPS, IPS y Cajas de Compensación Familiar. En la actualidad se tiene cargada la información de precios de medicamentos reportada por las entidades entre el cuarto trimestre de 2006 hasta el primer trimestre de 2011.

Los avances del SISMED se relacionan con la generación de consultas que le permiten a usuarios del FOSYGA y de Ministerio revisar el estado de reporte de información al SISMED para el pago de recobros, consultas de medicamentos POS definidos por la CRES, consultas de precios de países de referencia, volumen de entidades registradas en SISMED y precios de un grupo de CUMS.

Las entidades que reportan información durante el 2010 y el primer trimestre de 2011 se presentan en el siguiente cuadro:

**Cuadro 40**  
**Entidades que reportan al SISMED 2010-2011 Trimestre 1.**

ENTIDADES	2010				2011
	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1
CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR	1	1	1	2	3
EPS	11	12	10	21	16
IPS	74	90	95	105	39
LABORATORIOS	159	159	152	141	51
MAYORISTAS	48	52	48	43	19
<b>TOTAL</b>	<b>293</b>	<b>314</b>	<b>306</b>	<b>312</b>	<b>128</b>

### 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, y que mantienen actualizada mensualmente su información de afiliación a la Seguridad Social Integral, parafiscales y beneficios de programas de asistencia social. Igualmente, se han realizado los desarrollos de los módulos de nacimientos, defunciones y registro de extranjeros para mantener actualizada la información la dinámica de población del RUAF. Los dos primeros módulos se han trabajado 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 necesaria para su operación la cual puede ser consultada en la página web del Ministerio de la Protección Social. Con corte a 31 de marzo de 2011 el RUAF contiene la siguiente información de registros únicos por componente de la Protección Social:

**Cuadro 41**  
Número de registros activos por componente en el  
Registro Único de Afiliados - RUAF

COMPONENTE	REGIMEN	TOTAL REGISTROS. ACTIVOS
SALUD	Contributivo	18.747.301
	Subsidiado	22.047.830
AFILIACION CAJAS		14.875.943
AFILIACION PENSIONES		16.292.921
CESANTIAS		2.755.366
RIESGOS PROFESIONALES		10.032.408
PENSIONADOS		1.274.996
ASISTENCIA SOCIAL		35.742.103

En el componente de Asistencia Social se recibe información de 74 programas de las siguientes de 14 entidades así:

**Cuadro 42**  
Número de programas de asistencia social por entidad  
que reportan al Registro Único de Afiliados - RUAF

ENTIDAD	NUMERO DE PROGRAMA S
1. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	32
2. ACCION SOCIAL	14
3. SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	5
4. MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL	4
5. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	4
6. MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL	3
7. INSTITUTO COLOMBIANO DE ESTUDIOS TECNICOS Y CREDITO EN EL EXTERIOR ICETEX	2
8. BANCA DE LAS OPORTUNIDADES	2
9. INSTITUTO COLOMBIANO DE DESARROLLO RURAL INCODER	2
10. POLICIA NACIONAL	1
11. MINISTERIO DE AMBIENTE VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL	1

12. SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	1
13. CONSEJERIA PRESIDENCIAL PARA LA EQUIDAD DE LA MUJER	1
14. MINISTERIO DE INTERIOR Y JUSTICIA	1
15. DANE	1
Total general	74

El RUAF ofrece servicios de consultas privadas asignadas mediante claves y códigos a usuarios, Consultas Públicas - vía WEB y Consultas de Gestión (Privadas); dispone de un servicio Web que permite la interoperabilidad entre distintos sistemas que cumple los estándares de GEL –XML y a través del cual otros sistemas de información pueden consultar en línea registro a registro o masivamente información contenida en el RUAF. Este servicio Web será utilizado para las validaciones de las afiliaciones por el Sistema de Afiliación Única Electrónica a los Sistemas de la Seguridad Social Integral.

#### **Módulo de nacimientos y defunciones - RUAF ND**

En el marco de Comité de Estadísticas Vitales del país, el Ministerio de la Protección Social y DANE adelantaron el mejoramiento tecnológico del registro del Certificado de Nacido Vivo y Defunción. Otras entidades que participan en este módulo son el Instituto Nacional de Medicina Legal, el SENA y la Registraduría Nacional General del Estado Civil.

El mejoramiento tecnológico consiste en la automatización de la captura en línea y emisión de los Certificados de Nacido Vivo y Certificado de Defunción desde el generador del dato, a través de la Web. El aplicativo puede ser operado conectado directamente a internet o en forma local para posteriormente sincronizar a nivel nacional. La implementación del registro electrónico es gradual, la cual se inició en el año 2008.

#### **PISIS - Plataforma de Integración del SISPRO**

PISIS es la plataforma de integración del SISPRO, diseñada para hacer el transporte seguro de archivos, desde las fuentes de datos hacia el Ministerio de la Protección Social, a través del canal SFTP (Secure File Transfer Protocol), con base en el modelo de arquitectura cliente-servidor. La plataforma de Integración del SISPRO – PISIS, le permite al Ministerio y a las entidades reportadoras disponer de la infraestructura para enviar la información de una manera automática, eficiente, efectiva y oportuna, integrando así la información entre diferentes entidades reportadoras y diferentes receptores de la misma como son las aplicaciones de negocio. Es una plataforma parametrizable que controla automáticamente la recepción de los archivos de datos, genera un reporte del procesamiento de archivos y lo envía al correo electrónico de cada entidad reportadora y una notificación en caso en que la entidad no cumpla con el envío de archivos.

El proceso de recepción de archivos, se realiza mediante el servicio de PISIS Servidor, el cual verifica la firma digital de los archivos firmados digitalmente, descomprime y descifra los archivos y valida la estructura de los archivos que se envían de las diferentes fuentes de datos por medio del aplicativo PISIS Cliente.

Además, el aplicativo PISIS Servidor PISIS cuenta con un componente Web que dispone al usuario de las entidades reportadoras la consulta sobre los resultados del procesamiento de sus archivos reportados.

Actualmente y a través de PISIS se reporta información para los diferentes aplicativos del SISPRO. Entre las entidades que reportan están municipios y distritos (1077 registrados), entidades financieras (9), los Operadores de PILA (21), cajas de compensación familiar (3), EPS (21), IPS (105), laboratorios farmacéuticos (159) y mayoristas (52).

**Cuadro 43**

. Avance en la implantación del módulo de RUAF-ND a abril 30 de 2011

Dpto.	NACIMIENTOS						DEFUNCIONES					
	Número total de IPS objetivo 2011 Registro > 600 nacimientos y defunciones al año	Número de IPS que reportan > 600 hechos vitales y que no han ingresado (corte 30 Abril 2011)	Municipios de IPS que reportan nacimientos a abril 30 2011	IPS que reportan nacimientos a abril 30 2011	Número de nacimientos reportados 2010	Número de nacimientos reportados 2011 (Corte Abril 30)	Número total de IPS objetivo 2011 Registro > 600 nacimientos y defunciones al año	Número de IPS que reportan > 600 hechos vitales y que no han ingresado para defunciones)	Municipios de IPS que reportan defunciones a abril 30-2011	IPS que reportan defunciones a abril 30-2011	Número de defunciones reportados 2010	Número de defunciones reportadas a abril 30 de 2011
AMAZONAS	-	0	1	1	46	186	-	0	1	1	4	18
ANTIOQUIA	9	4	49	86	25.218	18.081	9	4	50	93	8.535	6.034
ARAUCA	2	0	6	6	-	1.136	2	0	5	5	-	336
ATLANTICO	10	6	18	43	13.307	6.442	8	4	19	45	2.552	1.340
BOGOTA	14	10	1	59	102.247	37.091	11	8	1	80	24.695	10.391
BOLIVAR	6	5	43	70	13.878	8.791	6	5	38	72	1.706	1.433
BOYACA	4	4	41	50	10.724	5.242	4	4	71	84	2.577	1.520
CALDAS	2	2	27	41	3.869	3.269	2	2	26	46	1.940	1.564
CAQUETA	4	4	-	-	-	-	4	4	-	-	-	-
CASANARE	2	0	14	15	1.695	1.664	2	0	7	9	260	270
CAUCA	5	2	38	49	3.291	4.473	5	2	37	49	668	1.173
CESAR	9	5	5	8	1.749	3.097	9	5	4	7	232	479
CHOCO	2	0	2	7	1.185	816	2	0	2	7	169	124
CORDOBA	8	2	24	43	11.564	8.176	8	2	23	46	4.109	2.242
CUNDINAMARCA	8	0	64	77	11.471	6.806	8	0	86	102	4.094	2.539
GUAINIA	-	0	-	1	-	-	-	0	-	1	-	-
GUAVIARE	1	1	1	-	11	-	1	1	1	-	1	-
HUILA	3	2	35	50	12.466	5.936	3	2	19	34	4.235	1.956
LA GUAJIRA	5	1	3	9	949	1.698	5	1	2	8	60	130
MAGDALENA	4	2	15	33	10.490	4.731	4	2	15	35	1.650	899
META	7	1	22	35	3.271	4.729	7	1	20	33	1.015	1.587
NARIÑO	4	3	9	33	5.995	3.539	4	3	13	43	2.146	1.606
NORTE DE SANTANDER	2	1	36	56	11.074	5.906	2	1	34	50	1.555	1.186
PUTUMAYO	3	1	5	9	600	902	3	1	5	8	58	102

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

QUINDIO	-	0	11	19	4.021	2.094	-	0	12	21	2.012	1.156
RISARALDA	3	1	14	21	10.716	3.784	3	1	14	31	3.727	1.616
SAN ANDRES	1	1	1	2	-	89	1	1	-	-	-	-
SANTANDER	13	9	4	18	5.366	4.562	13	9	4	16	1.142	878
SUCRE	6	2	5	16	3.044	4.101	4	0	5	20	558	724
TOLIMA	2	2	47	63	10.752	5.855	2	2	47	71	3.892	2.378
VALLE	16	11	42	85	23.966	16.364	16	11	42	109	6.095	4.610
VAUPES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VICHADA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>82</b>	<b>583</b>	<b>1005</b>	<b>302.965</b>	<b>169.560</b>	<b>148</b>	<b>76</b>	<b>603</b>	<b>1126</b>	<b>79687</b>	<b>48.291</b>

## Cuentas Maestras

Para dar cumplimiento a la recepción de los archivos de las cuentas maestras establecidos en la Resolución 3042 de 2007, en el marco del Sistema de Información para la Operación del Régimen Subsidiado en Salud se implementó el componente de Cuentas Maestras del régimen subsidiado. Este permite que las entidades obligadas a reportar, entidades territoriales y entidades financieras envíen la información relacionada con los movimientos y saldos de las cuentas maestras a nivel territorial. A la fecha están reportan información a través de PISIS 7 entidades financieras y 630 municipios.

## Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social - PILA.

La planilla es un formato inteligente que les permite a todas las personas naturales y jurídicas liquidar y pagar sus aportes a la Seguridad Social Integral es decir para Salud, Pensiones, Riesgos profesionales, cajas de Compensación, SENA e ICBF. Este instrumento liquida los aportes que deben ser pagados de conformidad con las normas que rigen cada subsistema y le informa a la persona el valor total que debe pagar y el subtotal por cada subsistema. El valor se determina según la información que cada persona incluye en la Planilla, porque en ella debe señalarse cuanto es el ingreso de la personas (IBC), cuál es la condición de cada persona, si es un pensionado, si es un estudiante, si pertenece a la carrera diplomática, si es un trabajador doméstico, si es independiente o dependiente, si se trata de una madre comunitaria, entre otras condiciones o tipos de cotizantes que existen.

La implementación de la PILA inició en forma gradual desde en el año 2005. Para el período de julio de 2010 a marzo de 2011 la operación de la planilla se ha estabilizado, y se presentan los siguientes resultados:

**Cuadro 44**  
**Planillas, cotizantes y aportes por PILA a Abril (parcial) de 2011.**

AÑO	MES	APORTES POR PILA PLANILLAS (en miles)	COTIZANTES POR PILA (en miles)	APORTES POR PILA (en miles de millones de pesos)
<b>2010</b>	JUL	2.073	9.744	2.833.784
	AGO	2.114	9.733	2.729.688

	SEP	2.096	9.684	2.812.866
	OCT	2.089	9.849	2.790.267
	NOV	2.146	10.032	2.830.099
	DIC	2.192	10.652	3.317.194
<b>2011</b>	ENE	2.006	8.828	2.420.188
	FEB	2.054	9.325	2.723.862
	MAR	2.290	10.153	2.945.902
	ABR (parcial)	1.955	8.103	2.584.383

### Afiliación única a la Protección Social

Es uno de los proyectos derivados del RUAF. Se encuentra en fase de preparación para la puesta en marcha a partir del segundo semestre del 2011. Las estrategias principales para su desarrollo han sido las siguientes: la formulación de un esquema organizacional que permita la operación de la afiliación única que se apoya en las experiencias del Ministerio en la implantación de la Planilla Integrada de Pago de Aportes PILA y en el RUAF, y en especial en el mandato legal de la Ley 797 del 2003.

Desde el año 2009 se han adelantado las tareas relacionadas con la definición de las especificaciones técnicas y operativas del sistema que pretende integrar en un solo proceso la afiliación que ahora se realiza en forma independiente, para cada uno de los componentes de la Protección Social. La Afiliación Única a la Protección Social es el proceso mediante el cual el aportante podrá realizar la afiliación de la empresa a los sistemas de Riesgos Profesionales y Cajas de Compensación Familiar e igualmente podrá afiliar a sus trabajadores a los Sistemas de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales, Caja de Compensación Familiar y Ahorro programado de largo plazo, así como efectuar el registro de los beneficiarios a los sistemas de Salud y Cajas de Compensación Familiar haciendo uso de los mecanismos electrónicos o asistidos que para tal fin dispongan los operadores de afiliación. Los resultados esperados con el mencionado sistema son los siguientes:

- Disminuir el número de documentos solicitados como requisito para afiliación a la seguridad social (de 57 a 17).
- Eliminar trámites para la afiliación a la seguridad social (de 29 a 1).
- Evitar el desplazamiento de los ciudadanos para la afiliación a la seguridad social que generan costos directos a los mismos (de 3 días a 1)
- Unificar en un único formulario el proceso de afiliación a la seguridad social.

### Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

El objetivo de este registro es identificar y caracterizar socio-demográficamente la población en situación de discapacidad, para el desarrollo de la Política Nacional y Territorial de Atención a las Personas con

Discapacidad y para el diseño y ejecución de programas y proyectos de prevención, atención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.

Este registro se incorpora al SISPRO desde el 2009, el año 2010 se hizo la transferencia del registro del DANE al Ministerio de la Protección Social. A Abril de 2011 el Ministerio cuenta con una base de datos de 848.354 personas con discapacidad registradas en todo el país. Estos datos se integraron al Registro Único de Afiliados a la Protección Social –RUIAF, para identificar cuánta y cuáles de estas personas se encuentran afiliadas a salud, pensiones, riesgos profesionales y cajas de compensación familiar, así como identificar los beneficios que han recibido a través de los diferentes Programas de Asistencia Social. Estas cifras pueden obtenerse a nivel municipal:

**Cuadro 45**

Distribución por departamento de personas con discapacidad en el registro de discapacidad

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE PERSONAS
AMAZONAS	1.831
ANTIOQUIA	109.088
ARAUCA	3.486
ATLÁNTICO	17.745
BOGOTÁ D.C.	175.122
BOLÍVAR	21.133
BOYACÁ	36.402
CALDAS	17.686
CAQUETÁ	9.383
CASANARE	11.143
CAUCA	19.003
CESAR	15.853
CHOCÓ	1.945
CÓRDOBA	21.394
CUNDINAMARCA	28.738
GUAINÍA	145
GUAVIARE	930
HUILA	21.106
LA GUAJIRA	9.997
MAGDALENA	27.932
META	11.111
NARIÑO	55.136
NORTE DE SDER	22.695
PUTUMAYO	7.517
QUINDIÓ	10.096
RISARALDA	15.875
SAN ANDRÉS	1.044
SANTANDER	51.277
SUCRE	20.940
TOLIMA	32.033
VALLE	70.180
VAUPÉS	124
VICHADA	264
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>848.354</b>

**Cuadro 46**

Cruce de Registro de Discapacidad  
– Aseguramiento a la Protección Social.

Componente	Número de personas
Salud	799.268
Pensiones	205.006
Riesgos Profesionales	95.414
Compensación Familiar	162.327
Cesantías	32.767
Asistencia Social	758.456

Fuente: Registro de Personas con Discapacidad Abril 30/11 SGD y Registro Único de Afiliaciones a la Protección Social RUAF Enero 30/11

Actualmente el Ministerio de la Protección Social está modernizando el registro y se encuentra en fase de prueba piloto el aplicativo web en línea para el registro de las personas con discapacidad orientado a que se convierta en un registro continuo para seguir la evolución de las personas de este grupo de población. Así mismo se están realizando las fases preparatorias para la implementación del mismo mediante visitas de sensibilización en el nivel central y territorial sobre la modernización, la ampliación de cobertura y oportunidad del Registro de discapacidad. A 30 de abril de 2011 se han realizado visitas a 16 departamentos y a Bogotá para actividades de sensibilización

**Base Única de Afiliados a Salud – BDUA**

La Base de Datos Única de Afiliados – BDUA contiene la información de las personas que se encuentran o han estado afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. La BDUA tiene como objetivo disponer de la información de los afiliados tanto a Régimen Subsidiado como a Régimen Contributivo con la característica de tener una única afiliación en un momento determinado garantizando la no presencia de multifiliación.

Esta Base de Datos tiene la información sobre la historia de la persona, es decir, su movilidad entre regímenes (Contributivo y Subsidiado), los estados de afiliación (activo, retirado, suspendido, desafiliado, fallecido, entre otros) y los cambios que puede tener la persona a través del tiempo (cambio de tipo y número de identificación, cónyuge, hijos, etc.).

Durante el año 2010 se expidieron las Resoluciones 1982, 4140 y 4712 de 2010 las cuales tuvieron como propósito establecer un flujo de información más directo en Régimen Subsidiado:

- a) EPS a FOSYGA, municipio a FOSYGA;
- b) incrementar la frecuencia en el reporte de novedades, de 1 a 4 veces en el mes; y
- c) reporte directo de novedades sobre anulación y retiros de afiliados por parte del ente territorial.

A continuación se presenta la estadística de número de registros de afiliados y afiliados en la BDUA con corte a 28 de abril de 2011:

**Cuadro 47**  
**Número de registros y afiliados en la BDUA por tipo de régimen**

<b>Contributivo</b>	23.932.300	(activos + suspendidos)
<b>Activo</b>	18.658.435	18.839.526
<b>Afiliación interrumpida</b>	3.010	
<b>Afiliado fallecido</b>	217.266	
<b>Desafiliado</b>	3.458.645	
<b>Retirado</b>	1.413.853	
<b>Suspendido</b>	181.091	
<b>Activo</b>	21.978.802	21.978.802
<b>Afiliado fallecido</b>	348.228	
<b>Retirado</b>	2.368.554	
<b>Total general</b>	<b>48.627.884</b>	40.818.328

Fuente BDUA. Corte abril 28 de 2011

De acuerdo con la expedición de los Decretos 415 y 971 de 2011, el Ministerio realiza desde el 30 de abril de 2011, el proceso de Liquidación Mensual de Afiliación teniendo como base la BDUA.

### Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS

En el año 2010, se inicia el trabajo de “Mejoramiento de la calidad, oportunidad y cobertura de los datos del Registro individual de las Prestaciones de salud”, tomando como estrategia central la asistencia técnica personalizada a un grupo de EPS del régimen contributivo y subsidiado que afilian el 80% de la población total (EPS prioritarias), orientada a fortalecer el proceso de gestión de datos y los mecanismos de exigibilidad del cumplimiento de la obligación por parte de las IPS.

Durante el año 2010 se llevaron a cabo reuniones conjuntas con las 24 EPS del régimen contributivo y subsidiado prioritarias y sesiones de asistencia técnica con cada una de ellas, dirigidas a acordar estrategias de mejora interna y de exigibilidad del reporte a las IPS de su red, con lo cual se logró un reporte de datos del año 2009 cercano a los 200 millones, de los cuales (hechas las depuraciones) subieron a la Base de Datos 164 millones de registros.

Por esta razón en las mismas reuniones se planteó la necesidad de disponer de una metodología válida para establecer la cobertura de los datos que presentan al Ministerio; se dio una amplia y argumentada discusión que pretendía mostrar la dificultad para llevarla a cabo, pero sobre todo el poco impacto que se conseguiría en el reporte más completo por parte de las IPS, pues existen muchas problemáticas en la prestación de los servicios y en la relación contractual, especialmente con los hospitales de I nivel con quienes se contrata por capitación, que en su mayoría pueden resolverse con la integración del proceso

de facturación y el de soporte de registros con calidad, como condición para el pago. Para el fortalecimiento del proceso de recepción, validación y gestión de datos y del equipo técnico del Ministerio con los siguientes resultados:

- Definición y formulación de especificaciones del proceso en las EPS, para lograr total cobertura, calidad, consistencia y oportunidad de los datos reportados por las IPS.
- Implementación por las EPS de las especificaciones definidas y de los controles incluidos.
- Asistencia técnica y aplicación de controles automatizados a la calidad y consistencia de los datos. Se ha logrado un incremento en el reporte de datos del año 2001 a 2009 del 150%, un 50% de incremento en la calidad de los datos reportados en el año 2009 que corresponde a un 30% en la cobertura de datos que deben reportar las EPS.

A 30 de abril de 2011, la gestión de datos de las Prestaciones de Salud junto con asistencia técnica a EPS e IPS, arrojó como resultado un reporte proveniente de 75 EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado de 164'988.943 registros del año 2010, los cuales corresponden aproximadamente a un 75% del total. Se espera que entre septiembre y octubre de este año se complete el reporte de datos. Por otra parte, 6 Direcciones Departamentales de Salud, que reportan las atenciones de la población pobre no asegurada y las atenciones fuera del POS de la población subsidiada, reportaron 5'917.782 de registros, a la fecha.

### Gobierno en Línea

El Ministerio de la Protección Social considerando el carácter estratégico y la prioridad de la Estrategia de Gobierno En Línea ha avanzado en la consolidación en las diferentes fases de la misma avanzando en un 92% en su implementación. Por fases, la estrategia de Gobierno en Línea, la cual consta de 5 fases presenta el siguiente nivel de avance:

FASE fecha de corte	1 Información	2 Interacción	3 Transacción	4 Transformación	5 e- Democracia	Avance todas las Fases
<b>Diciembre de 2008</b>	<b>91%</b>	<b>35%</b>	<b>30%</b>	<b>43%</b>	<b>50%</b>	<b>45%</b>
<b>Diciembre de 2009</b>	<b>100%</b>	<b>99%</b>	<b>91%</b>	<b>70%</b>	<b>100%</b>	<b>89%</b>
<b>Diciembre de 2010</b>	<b>100%</b>	<b>94%</b>	<b>95%</b>	<b>92%</b>	<b>100%</b>	<b>95%</b>

Es importante aclarar que cada año se hace necesario evaluar nuevamente todas las fases por cuanto ellas dependen de la información publicada a través de la Página WEB del Ministerio según la metodología establecida por el Programa de Gobierno en Línea y que adicionalmente tanto a finales de 2007 como a inicios del 2010 se cambió la metodología lo cual impacta las diferentes mediciones que se realizan. En diciembre de 2007, 2008 y 2009 el Ministerio ha preparado los planes estratégicos de Gobierno en Línea para los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente. Para el año 2011, el Ministerio de

Tecnologías de la Información y las Comunicaciones está ajustando la metodología y por tanto las acciones realizadas en este tema se relacionan con cumplir los criterios para lograr el 100%.

Dentro de los logros alcanzados en la implementación de Gobierno en Línea se tienen:

- Revisión de la información que publica o dispone el Ministerio a través de diferentes canales de comunicación.
- Unificación de criterios a nivel institucional para la publicación, disposición, intercambio y respuesta a solicitudes realizadas por el ciudadano.
- Mejoramiento de las herramientas que dispone el Ministerio para disponer de herramientas de la WEB 2.0 con el ciudadano.
- La integración de diferentes canales de comunicación para el ciudadano.
- Integración de la estrategia de Gobierno en Línea con el Programa Nacional de Atención al Ciudadano y con la Política Antitrámites.
- Utilización de las TICS para experiencias de democracia en línea – Consulta Ciudadana para el nuevo POS.

Igualmente, en lo que respecta a la racionalización y automatización de trámites y su articulación con la implementación de Gobierno en Línea a nivel institucional durante el año 2009 se adelantó la automatización de cinco trámites:

NOMBRE DEL TRÁMITE	PÚBLICO DEL TRÁMITE	NUMERO ESPERADO DE TRAMITES AL AÑO	ESTADO DE AVANCE EN SU OPERACION
1. Inscripción del Comité Paritario de Salud Ocupacional.	Empresa	9700	Derogado por la Ley 1429 de 2010
2. Expedición de Tarjeta Profesional de los médicos.	Persona natural - médico	5160	Inicia producción en la última semana de junio
3. Autorizar el trabajo de adolescentes entre 15 y 17 años y de menores de 15 años.	Empresa	8500	Inicia producción en la última semana de junio
4. Expedir el certificado de proporcionalidad entre trabajadores nacionales y extranjeros.	Empresa	9500	Derogado por la Ley 1429 de 2010
5. Autorizar la variación de la proporción entre trabajadores nacionales y extranjeros.	Empresa	31	Derogado por la Ley 1429 de 2010

Con la automatización de los trámites se busca que el ciudadano (personal natural o jurídica tenga acceso al Ministerio 24 horas durante todo el año y que pueda realizar los mismos sin necesidad de trasladarse, se mejora la calidad de la información por cuanto el ciudadano es el responsable de registrarla y se mejora los tiempos de respuesta del Ministerio a las solicitudes que se realizan a través de estos medios.

Los trámites que están siendo automatizados a abril 30 de 2011 son los siguientes:

NOMBRE DEL TRÁMITE	PÚBLICO DEL TRÁMITE	ESTADO DE AVANCE
1. Autorizar el funcionamiento de empresas de servicios temporales	Empresa	Pruebas
2. Autorizar laborar horas extras	Empresa	Pruebas
3. Inscripción en el registro sindical de una organización sindical de primer grado	Empresa	Pruebas
4. Constancia de depósito de cambio de junta directiva.	Empresa	Pruebas

## **2. SISTEMA GENERAL DE PENSIONES Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS DE APOYO AL ADULTO MAYOR**

Con el fin de consolidar y ampliar la cobertura del Sistema General de Pensiones, teniendo como base más empleo y menor pobreza, debemos señalar lo propuesto en el Plan de Desarrollo dirigido a cumplir con este objetivo.

Con la creación de programas de empleo de emergencia, se espera contribuir financieramente para que la carga de los aportes parafiscales sea menor tanto para los empleadores como para los trabajadores, en este sentido, el aporte para la afiliación al Sistema General de Pensiones de las personas que obtengan un empleo de emergencia será subsidiado con el Fondo de Solidaridad Pensional y el aporte para el empleador disminuirá del 12% al 4% sobre el Ingreso base de cotización que será de un salario mínimo mensual vigente.

Así mismo, se abrió la posibilidad de la afiliación a la Seguridad Social Integral de los trabajadores dependientes que se encuentren vinculados laboralmente por periodos inferiores a un mes o por días y que por dicha situación perciban un ingreso mensual inferior a un SMMLV, se realizará mediante su cotización de acuerdo con el número de días laborados y sobre un monto no inferior a un salario mínimo legal diario vigente, formalizando de esta forma la afiliación al sistema cubriendo todos los riesgos e implementado para estas personas los Beneficios Económicos Periódicos.

De otra parte, se diseñará un esquema financiero y operativo que posibilite la vinculación de los trabajadores informales del sector primario al Sistema General de Pensiones.

Para las madres comunitarias, se ajustará el cálculo actuarial de las cotizaciones en pensiones de aquellas madres comunitarias que adquirieron esa condición por primera vez, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 797 de 2003 y hasta la vigencia de la Ley 1187 de 2008 y por lo tanto no tuvieron acceso al Fondo de Solidaridad Pensional durante este periodo.

Y para aquellas que dejen de ser madres comunitarias y no reúnan los requisitos para acceder a la pensión, ni ser beneficiarias del Programa de asignación de Beneficios Económicos Periódicos, tendrán acceso al subsidio de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.

### **2.1. AFILIACIÓN**

A 28 de febrero de 2011, se encontraban afiliados al Sistema General de Pensiones, 15.771.757 personas, presentándose un incremento del 3.97% frente a lo alcanzado a 31 de diciembre de 2009, que corresponde a 601.636 personas y de 0.88% frente a 31 de diciembre de 2010 cuando se presentó una afiliación total de 15.633.887 personas.

Del total de afiliados a 28 de febrero de 2011, cotizan al Sistema 5.870.548 personas, es decir el 37.22%. Esta cifra corresponde al 26.83% de la Fuerza de Trabajo (Población Económicamente Activa), que a 28 de

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

febrero de 2011, registró un total de 21.884.075 personas, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En el Régimen de Ahorro Individual cotizaban 4.006.126 afiliados a 28 de febrero de 2011 y en régimen de Prima Media con Prestación Definida 1.864.422.

Las afiliaciones al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad a este mismo corte, reflejaron un incremento del 1.32% en relación con lo reflejado a 31 de diciembre de 2010, que en valores absolutos fue de 122.570 afiliados.

Las afiliaciones al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida en febrero 28 de 2011 reflejaron un incremento de 0,24% en relación con diciembre de 2010 que en valores absolutos fue de 15.300 afiliados. Los afiliados cotizantes, presentaron un aumento de 3.037 afiliados correspondiente a 0.16% y los no cotizantes un incremento de 12.263 afiliados equivalentes a 0.27%.

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de la afiliación a los diferentes regímenes:

**Cuadro 48**  
**Afiliados Sistema de Pensiones**

Régimen	31 de diciembre de 2010			28 de febrero de 2011		
	Cotizantes	No Cotizantes	Total Dic.10	Cotizantes	No Cotizantes	Total Feb. 11
Prima Media	1.861.385	4.502.080	6.363.465	1.864.422	4.514.343	6.378.765
Ahorro Individual	4.282.424	4.987.998	9.270.422	4.006.126	5.386.866	9.392.992
Total Afiliados Al Sistema	6.143.809	9.490.078	15.633.887	5.870.548	9.901.209	15.771.757

Fuente. Superintendencia Financiera - Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, MPS

**Cuadro 49**  
**Afiliados Sistema de Pensiones Por Administradora 2009-2011**

Régimen De Prima Media Con Prestación Definida			
Entidad Administradora	Total 2009	Total 2010	Total 2011 - Feb.
ISS	6.424.597	6.359.982	6.375.254
CAXDAC	1.026	1.014	1.013
Fonprecon - Ley 4/92	593	628	692
Fonprecon - Ley 100/93	120	87	91
Fonprecon Total	713	715	783
Caprecom	1.093	797	778
P. Antioquia	1.036	957	937
Total Prima Media	6.428.465	6.363.465	6.378.765
Régimen De Ahorro Individual Con Solidaridad			

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

Entidad Administradora	Total 2009	Total 2010	Total 2011 - Feb.
Porvenir	2.698.751	2.926.699	2.982.707
Protección	1.893.999	1.973.523	1.976.332
Horizonte	1.586.946	1.646.634	1.663.038
Citi Colfondos	1.397.161	1.497.290	1.532.661
ING. Pensiones y Cesantías	1.091.808	1.153.019	1.164.218
Skandia	72.461	72.743	73.520
Skandia - Plan Alternativo	530	514	516
<b>Total Ahorro Individual</b>	8.741.656	9.270.422	9.392.992
<b>Total Afiliados al Sistema</b>	15.170.121	15.633.887	15.771.757
Población Económicamente Activa (PEA)*	21.534.573	21.978.771	21.884.075
Población en Edad de Trabajar (PET)*	34.423.488	34.960.772	35.049.409
Cobertura Total afiliados/PEA	70,45%	71,13%	72,07%
Cobertura afiliados Cotizantes/PEA	27,70%	27,95%	26,83%
Cobertura afiliados Activos /PEA	32,08%	33,03%	33,10%
Cobertura Total afiliados/PET	44,07%	44,72%	45,00%
Cobertura afiliados Cotizantes/PET	17,33%	17,57%	16,75%
Cobertura afiliados Activos /PET	20,07%	20,76%	20,67%
Cotizantes al Régimen de Prima Media / Total de Cotizantes	33,17%	30,30%	31,76%
Cotizantes al Régimen de Ahorro Individual / Total de Cotizantes	66,83%	69,70%	68,24%

Fuente: Superintendencia Financiera y DANE

## Fondo de Solidaridad Pensional

El comportamiento de afiliaciones a la subcuenta de solidaridad que financia el Programa de Subsidio al Aporte en Pensión para el periodo diciembre de 2009 y primer trimestre de 2011 se discriminan por grupo como se muestra en el siguiente cuadro

**Cuadro 50**

Vigencia	Número de Beneficiarios por Grupo Poblacional					Total
	Independiente Rural	Independiente Urbano	Madres Comunitarias	Discapacitados	Concejales	
Dic. 09	56.205	93.208	33.190	3.535		186.138
Jun. 10	53.786	95.735	31.442	3.406		184.369
Sep. 10	52.770	109.241	30.430	3.343	35	195.819
Dic. 10	52.449	121.570	30.796	3.333	64	208.212
Mar. 11	51.348	124.889	29.666	3.297	70	209.269

Fuente. Consorcio Prosperar, Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones –MPS-

**Pensionados**

En el cuadro siguiente se detallan el número de pensionados y entidades pagadoras para los regímenes de Ahorro Individual y Prima Media

**Cuadro 51**  
**Relación de Pensionados por Régimen y Entidad Pagadora**  
**2009-2011 (marzo)**

Entidad Pagadora	No. Pensionados	No. Pensionados	No. Pensionados
	dic-09	dic-10	mar-11
Régimen Prima Media con Prestación Definida			
ISS Asegurador	860.094	924.689	931.076
Entidades asumidas por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional – FOPEP	257.123	257.698	258.835
<b>Cajanal</b>	<b>229.870</b>	<b>230.631</b>	<b>231.970</b>
CVC	742	727	723
Superfinanciera	6	6	6
Supersociedades	262	258	257
Superindustria y Comercio	6	5	5
Foncolpuertos	14.406	14.272	14.067
Caja Agraria	9.570	9.555	9.572
Carbocol	41	41	41
Incora en Liquidación	2.119	2.102	2.094
Minercol en Liquidación	91	91	90
Caminos Vecinales	10	10	10
Entidades cuyo Administrador es Caprecom:	22.893	22.874	22.723
Otros Sectores	34.232	34.509	34.511
CAXDAC	691	687	686
Pensiones de Antioquia	2.507	2.612	2.620
Minminas - Inst. Asuntos Nucleares Y Energías Alternativas	33	33	33
Alcalis (8)	1.984	1984	1984
VECOL	128	123	122
Gecelca S.A. ESP	173	180	178
Electrificadora de Santander S.A.	854	854	869
Centrales Eléctricas de Nariño S. A.-CEDENAR	535	551	551
Universidad Nacional de Colombia	4.945	5.038	5.044
Universidad del Cauca	523	523	523
Banco de la República	4.557	4.791	4.784
Fondo Ferrocarriles Nacionales	15.051	14.791	14.779
Fonprecon	2.157	2.249	2.244
Ministerio De La Protección Social – Prosocial	76	76	76
ICBF - (Atlántico)	4	3	3
DPTO Administrativo de la Función Pública	14	14	15
OTRAS ENTIDADES	0	0	0
<b>Subtotal Régimen de Prima Media</b>	<b>1.174.342</b>	<b>1.239.770</b>	<b>1.247.145</b>

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

	dic-09	dic-10	mar-11
Régimen De Ahorro Individual			
Fondos Privados			
Protección	9.817	11.786	11.992
Porvenir	8.523	10.552	10.603
Horizonte	7.362	8.324	8.470
Colfondos	4.939	5.715	5.817
ING. Pensiones y Cesantías	4.817	5.526	5.742
Skandia	706	824	847
Skandia Alternativo	31	42	45
Subtotal Régimen de Ahorro Individual	36.195	42.769	43.516
Régimen Exceptuado			
Ecopetrol	12.577	12.586	12.586
Magisterio	110.880	123.960	126.400
Caja Retiro de las Fuerzas Militares	35.000	36.437	36.437
Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional - CASUR (3)	73.779	75.896	76.342
Subtotal Regímenes Exceptuados	232.236	248.879	251.765
Total Regímenes del Sistema	1.442.773	1.531.418	1.542.426

Fuente: Superintendencia Financiera, FOPEP y reporte de entidades al Ministerio de la Protección Social

## Cuadro 52

### Resumen de Pensionados por Régimen

Total Pensionados Diciembre 2009 -Marzo 2011				
Año	Ahorro Individual	Prima Media	Exceptuado	Total
2009	36.195	1.174.342	232.236	1.442.773
% Participación	2,51%	81,39%	16,10%	100,00%
2010	42.769	1.239.770	248.879	1.531.418
% Participación	2,79%	80,96%	16,25%	100,00%
2011	43.516	1.247.145	251.765	1.542.426
% Participación	2,82%	80,86%	16,32%	100,00%

Fuente: Superintendencia Financiera, FOPEP y reporte de entidades al Ministerio de la Protección Social

El número de pensionados a 31 de marzo de 2011, fue de 1.542.426, de los cuales el 80.86% pertenece al Régimen de Prima Media, el 16.32% corresponde al régimen exceptuado y el 2.82% al Régimen de Ahorro Individual.

Con corte a 31 de marzo de 2011, el principal pagador de pensiones continúa siendo el ISS asegurador con 931.076 pensionados a 31 de marzo de 2011, lo que representa el 74.66% del total de pensionados 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 258.835 pensionados representando el 20.75% del total de pensionados de prima media.

### Reinstitucionalización del Régimen de Prima Media con Prestación Definida

A partir de la reinstitucionalización del tema pensional y la creación de COLPENSIONES y la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) y previo a la transferencia de las obligaciones de las entidades que hoy son responsables de la administración del Régimen de Prima Media Prestación Definida, el Gobierno Nacional viene trabajando en varios frentes para sanear las múltiples situaciones que les afectan y de esta manera evitar que las nuevas entidades, se vean inmersas en ellas, principalmente, en los temas relacionados con los archivos de las historias pensionales, procedimientos de reconocimiento de pensiones y los sistemas de información, por lo que el Gobierno ha continuado con las labores necesarias para la implementación de estas nuevas entidades y la consolidación del proceso de entrega, esperando que al finalizar el presente año pueda iniciarse la transferencia de funciones de Cajanal a la UGPP y del ISS a Colpensiones.

### Gestión de las Administradoras del Régimen de Prima Media con Prestación Definida

En materia de pensiones administradas por entidades públicas se ilustra a continuación la dinámica presentada por las diferentes organizaciones.

Caprecom

En el siguiente cuadro se ilustra la serie histórica 2010 – 2011, del número de pensionados, en donde se puede observar disminución que obedece a diversos factores, tal como: fallecimientos, nivel de escolaridad de sobrevivientes, mayores de 25 años que salen de la cobertura que por ley les corresponde, por aquellos menores de 25 años que no presentan documentos que los acredita como sujetos a recibir la pensión de sobrevivientes.

**Cuadro53**  
Comparativo de Pensionados

ENTIDAD	2010	2011
Ministerio de Comunicaciones	756	745
Telecom	16.441	16.466
Adpostal	3.526	3.503
Caprecom	599	601
Inravisión	1.037	1.040
Telenariño	71	71
Teletolima	41	42
Audiovisuales	20	20
Telecartagena	223	226
Telecalarca	3	2
Telesantamarta	28	27
Telearmenia	33	33
Telehuila	6	5
<b>TOTAL</b>	<b>22.784</b>	<b>22.781</b>

Fuente: Caprecom. Subdirección de Prestaciones Económicas.

Las pensiones de los servidores del sector de las comunicaciones, se reconocían y pagaban a través del Foncap, el cual, con la expedición de la ley 100 de 1993 y la liquidación de las entidades de las telecomunicaciones, debía desaparecer en la medida en que éstos se fueran pensionando, como en efecto está ocurriendo.

En lo que respecta al monto del portafolio de inversiones, de los aportes y reservas pensionales, las variaciones para los años 2009, 2010 y 2011, obedecen a la valorización o desvalorización ocasionada por los precios del mercado y, adicionalmente, en las reservas pensionales por los recursos que se recibieron durante esos años por venta de bienes de las entidades liquidadas.

**Cuadro 54**  
Comparativo Valor Portafolio Inversiones  
(Valor en millones de \$)

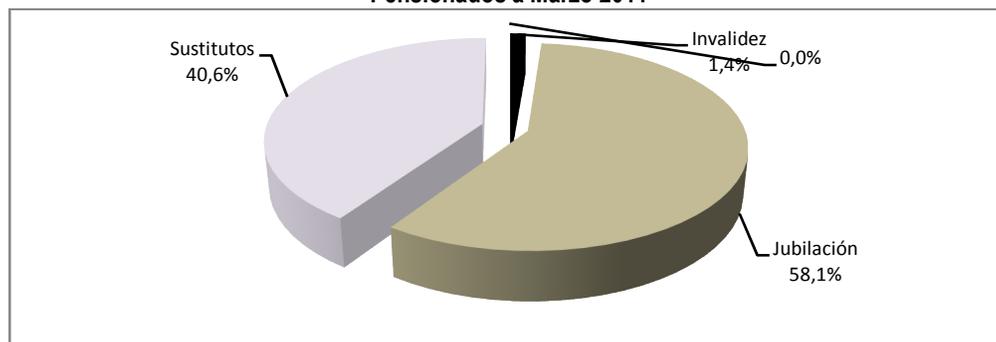
	2009	2010	2011
Valor Fondo (Riesgos + Bonos)	751.839	749.706	782.128
Reservas Pensionales	209.235	209.860	229.473
<b>Total Portafolio Fondo</b>	<b>961.074</b>	<b>959.566</b>	<b>1.011.601</b>

Fuente: Caprecom. Subdirección de Prestaciones Económicas.

### Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales - FPSFCN

Al 31 marzo de 2011, la nómina estaba conformada por 14.777 pensionados, distribuidos en: 202 por invalidez (1,4%), 8.584 pensiones por jubilación (58,1%) y 5.993 sustitutos (40,6%). El valor mensual de la nómina de pensionados de \$17.788.779.069 en diciembre de 2009, se incrementó para Marzo de 2011 a la suma de \$18.599.524.098.

**Gráfico 8**  
Pensionados a Marzo 2011



Fuente: Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

En lo que respecta a los montos pensionales, en el siguiente cuadro se muestra su composición en términos de número de salarios mínimos mensuales, concluyéndose que el 7% de éstos recibe un SMM, el 86% es beneficiario de pensiones en un rango de 1 a 4 salarios y solo el 6% recibe entre 4 y 10 salarios mínimos.

**Cuadro 55**  
**Número de Pensionados por Rangos de Salarios Mínimos**

1 SMMLV	1 – 4 SMMLV	4 – 10 SMMLV	> 10 SMMLV
1.030	12.847	902	0

Fuente: Fondo pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Datos estadísticos Grupo Interno de Trabajo Gestión Prestaciones Económicas

El FPSFCN, ha venido ejecutando, por delegación del Gobierno Nacional, mediante encargos fiduciarios, desde el año 2007, los procesos de reconocimiento y administración de la nómina de pensionados de: Alcalis, Incora y Caja Agraria; con anterioridad, las correspondientes a los pensionados de la Fundación San Juan de Dios y Prosocial, todas ellas entidades liquidadas.

### Fondo de Previsión Social del Congreso de la República – Fonprecon

Fonprecon en su condición de establecimiento público adscrito al Ministerio de la Protección Social, tiene la función de efectuar el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas de los congresistas, de los empleados del Congreso y del Fondo mismo, así como realizar las inversiones que le permitan cumplir sus objetivos; le asiste además, la calidad de entidad administradora del régimen pensional de Prima Media con Prestación Definida y por ello le es propio realizar la afiliación a dicho régimen de la población objetivo ya descrita.

A 31 de Marzo de 2011, los afiliados fueron 758, de los cuales 89 son congresistas y los restantes 669, son empleados.

La evolución del número de pensionados entre 2004 y 2011, revela que en dicho lapso su número se incrementó en 411 (22.4%) al pasar de 1.835 en el primero de los citados años, a 2.246 en abril de 2011. De esta última cifra, 843 (37.5%) corresponden a ex congresistas y 1.403 a ex empleados (63.5%)

**Cuadro 56**  
**Evolución Número de pensionados**

Años	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (Abril)
Número de pensionados	1.835	1.908	2.008	2.072	2.115	2.157	2.249	2.246
Variación Absoluta		73	100	64	43	42	92	-3

Fuente: Oficina de Planeación FONPRECON

Del total de pensionados, el 73.9% corresponde a Vejez, el 1.8% a Invalidez y el 24.3% a Sobrevivencia.

Los pagos efectuados por mesadas pensionales, en abril de 2011, se realizaron desembolsos por \$17.218 millones, de los cuales \$13.631 millones corresponden a las pensiones de los Ex congresistas (79.1%) y \$3.587 millones a los ex empleados (29.9%).

Derivado del proceso de afiliación, el Fondo percibió, por concepto de aportes por cotizaciones en pensión, los valores cuyos datos según grupo poblacional y género, se identifican a continuación

**Cuadro 57**  
**Recaudo de Aportes por Afiliación**  
**(Julio 2010 – Marzo 2011)**

Cifras en \$ Millones

APORTES	Julio – Diciembre 2010			Enero – Marzo 2011			Total General
	Cong.	Empl.	Total	Cong.	Empl.	Total	
<b>Hombres</b>	2.710	992	3.702	1.182	488	1.670	5.372
<b>Mujeres</b>	593	1.179	1.772	269	630	899	2.671
<b>TOTAL</b>	<b>3.303</b>	<b>2.171</b>	<b>5.474</b>	<b>1.451</b>	<b>1.118</b>	<b>2.569</b>	<b>8.043</b>

Fuente: Oficina de Planeación FONPRECON

Estas cifras corresponden al descuento mensual que se efectúa a la nómina, cuyos porcentajes son 25.5% para Congresistas 16% para empleados.

Las inversiones que realiza Fonprecon, provienen del recaudo de cartera por cuotas partes, bonos pensionales y traslados de otras administradoras, que alimentan la reserva de vejez; de otra parte, los aportes recibidos por los empleadores (Senado, Cámara de Representantes y Fonprecon) por concepto de cotizaciones obligatorias que son distribuidas en las reservas de vejez, invalidez y sobrevivencia. El monto de las inversiones a 30 de abril de 2011, ascendió a \$332.197,2 millones con el siguiente comportamiento en el periodo junio 2010-abril 2011.

**Cuadro 58**  
**Valor del Portafolio de Inversiones**

Cifras en \$ Millones

Tipo de Reserva	Valor del Portafolio de Inversiones		
	30 Junio 2010	31 Diciembre 2010	30 Abril 2011
<b>Vejez</b>	274.714,5	298.634,2	302.835,1
<b>Invalidez</b>	6.633,8	7.238,2	7.460,6
<b>Sobrevivencia</b>	17.238,6	21.517,6	21.901,4
<b>TOTAL</b>	<b>298.586,9</b>	<b>327.390,0</b>	<b>332.197,2</b>

Fuente: Grupo Interno de Tesorería FONPRECON

### Instituto de Seguros Sociales – ISS

El ISS cerró el año 2010 con un total de 6.359.982 afiliados a pensiones, de los cuales 1.859.612 (29,24%), son cotizantes. La cantidad de afiliados a Marzo de 2011 fue 6.383.831, entre los que se cuentan 1.880.873 (29,46%) cotizantes.

El salario medio de los cotizantes fue 2,22 SMMLV en 2010; para Marzo de 2011 fue 2,16 SMMLV.

Al finalizar 2010, el ISS pagaba mesadas a 924.689 pensionados discriminados en: 40.315 por invalidez, 668.485 por vejez y 215.889 por muerte, en tanto que en Marzo de 2011, esta cantidad ascendió a 936.087 distribuidos en 40.749 por invalidez, 676.823 por vejez y 218.515 por muerte.

El costo anual de las prestaciones alcanzó \$12,51 billones en 2010 y \$ 2,97 billones durante los tres primeros meses del año 2011.

En el siguiente cuadro se muestran las variaciones de los principales componentes misionales de pensiones durante el periodo 2010 a Marzo 2011.

**Cuadro 59**  
**Afiliados- Recaudos – Presupuesto**

Concepto	Valores en millones de \$	
	A Marzo. 2011	A Dic. 2010
Afiliados y pensionados		
<b>Afiliados Totales.</b>	6.383.831	<b>6.359.982</b>
<b>Afiliados Activos<sup>21</sup>.</b>	2.160.989	<b>2.196.348</b>
<b>Afiliados Cotizantes<sup>22</sup>.</b>	1.880.873	<b>1.859.612</b>
<b>Pensionados.</b>	936.087	<b>924.689</b>
<b>Pensiones Reconocidas.</b>	19.777	<b>89.242</b>
<b>Tiempo de reconocimiento.</b>	5,05	<b>5,08 meses</b>
<b>Valor prestaciones pagadas.</b>	\$ 2.974.887	<b>\$ 12.513.311</b>
Recaudo Pensiones		
<b>Recaudo por aportes.</b>	\$ 1.019.580	<b>\$ 3.897.489</b>
<b>Devolución de aportes.</b>	\$ 672.059	<b>\$ 3.908.324</b>
<b>Aportes de la Nación.</b>	\$ 968.169	<b>\$ 4.745.573</b>
Presupuesto		
<b>Presupuesto Pensiones.</b>	\$ 14.980.775	<b>\$ 13.493.676</b>
<b>Presupuesto Total ISS.</b>	<b>\$ 15.591.573</b>	<b>\$ 14.299.070</b>

Fuente: ISS.Pensiones

A continuación se detalla el comportamiento del reconocimiento de pensiones en el Instituto a Marzo del año 2011.

**Cuadro 60**  
**Pensiones 2010-Marzo 2011.**

Concepto	A Marzo de 2011
<b>Pensionados al cierre del año 2010</b>	924.689
<b>Más total pensiones reconocidas a Marzo de 2011</b>	19.777
<b>Menos pensionados fallecidos a Marzo de 2011</b>	7.809
<b>Menos pensiones de sobrevivientes que cesaron a Marzo de 2011</b>	570
<b>Total de pensionados a Marzo 2011</b>	<b>936.087</b>

Fuente: ISS.Pensiones

<sup>21</sup> Afiliados Activos: son los afiliados que han cotizado, por lo menos, una vez los últimos seis meses.

<sup>22</sup> Afiliados Cotizantes: son aquellos que cotizaron durante el mes de corte.

El promedio de la pensión pagada fue de 1,77 SMMLV a Diciembre de 2010 mientras que a 31 de Marzo de 2011 alcanzó los 1,78 SMMLV.

En el año 2010 se decidieron 236.599 expedientes de solicitudes de prestaciones económicas y durante los tres primeros meses del año 2011 se resolvieron 61.622 de estos expedientes.

La entidad implementó el Sistema para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (Sarlaft), el cual se viene revisando y actualizando, en cumplimiento de lo ordenado en la circular 026 de 2008 de la Superfinanciera.

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.

En desarrollo del proceso de transformación de la EPS, durante el año 2010 y hasta Marzo de 2011, se adelantaron actividades tendientes a agilizar los recaudos por reprocesos UPC ante el Fosyga, así como los recobros por medicamentos No POS y de Tutelas ante ese mismo Fondo.

Por otra parte, quedó consignada en la Ley de aprobación del Presupuesto 2011 (L.1242/2010), la condonación de la deuda causada a cargo del ISS, causado como Recursos del Crédito con anterioridad a 2006.

El artículo 155 de la Ley 1151 de 2007 (Plan de Nacional de Desarrollo 2006-2010) estableció 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.

Con la finalidad de facilitar la puesta en marcha de la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones, se desarrollaron las siguientes actividades:

En total se desarrollaron 28 mesas de trabajo, a partir del 11 de Mayo hasta el 10 de Agosto de 2010, en las cuales cada una de las áreas del Instituto presentó a Colpensiones: los procesos a su cargo, situación actual de su dependencia, recurso humano, hardware y software, con el cual cuentan para el desempeño de las diferentes funciones.

Colpensiones presentó 11 requerimientos de información al Instituto de Seguros Sociales, los cuales se han atendido en su totalidad.

La Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, suscribió contrato con la firma KPMG con el objeto de realizar la identificación y evaluación de los riesgos inherentes a la integralidad de las bases de datos de los afiliados al ISS y Caprecom, que permita la detección de fraudes, determinando patrones de comportamiento anómalos y efectuar una valoración de los mismos, con base en su nivel de ocurrencia e impacto económico.

## 2.2. RECONOCIMIENTO

Durante el último año, el Instituto de Seguros Sociales adelantó una serie de acciones tendientes a optimizar el servicio prestado a los afiliados y pensionados; estas fueron:

Implementación del sistema para la administración y gestión de los derechos de petición (SISSPET), con el fin de optimizar la gestión de estos radicados por los afiliados, contando con un aplicativo en línea que permite, básicamente, ejercer control y vigilancia de la respuesta dada por las áreas competentes a los derechos de petición y emitir los informes que se soliciten.

En cumplimiento de la Circular Externa 041 de 2007, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Instituto continuó con la implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema para la Administración del Riesgo, realizando las siguientes actividades durante el año 2010:

- Se inició la implementación del proyecto de Estandarización del macro proceso de reconocimiento de prestaciones económicas, para los procesos de Radicación, Historia Laboral, Decisión, Nómina y Notificación en las Seccionales con Centro de Decisión.
- El Instituto revisó y actualizó los manuales de procesos que conforman la cadena de valor (Afiliación y Registro, Recaudo, Historia Laboral, Decisión de Prestaciones Económicas y Nómina de Pensionados), así como el manual de procesos de Informática y Tecnología, los cuales fueron adoptados mediante la Resolución 0357 de 01 de Marzo de 2011.

Como resultado a destacar, se ha logrado disminuir de 12 a 11 meses el tiempo de reconocimiento de pensiones. La meta a fin de año es llevarlo a 10 o menos meses.

### Convenios de Seguridad Social en materia pensional

Estos convenios permiten reconocer a los trabajadores colombianos y los trabajadores con quien se suscriban los acuerdos, así como a sus familiares beneficiarios, sobrevivientes o a quienes se les traspasen los derechos, los tiempos cotizados en sus respectivos países. El estado de los convenios suscritos hasta la fecha se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro 61**

País	Estado de los Convenios
España	Entró en vigor durante la vigencia 2008, Este convenio se encuentra en plena aplicación y durante la misma el Ministerio de la Protección Social como organismo de enlace ha tramitado 1.344 expedientes que han sido trasladados 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. Los formularios de traslado temporario fueron enviados al Gerente del Banco de Previsión Social – Sector Convenios y Asuntos Internacionales de Uruguay para revisión y aprobación. Los demás formularios para trámite de prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivencia continúan en revisión.
Chile	El 18 de mayo de 2009 se firmó en Colombia el Acuerdo Administrativo para la aplicación del Convenio. Los formularios de traslado temporario fueron enviados a la Embajada de Chile en Colombia, el 6 de diciembre de 2010 con el fin de hacerlos llegar a la Secretaría de Previsión Social de Chile para revisión y aprobación. Se encuentran en revisión. En el mes de julio de 2011, se llevó a cabo la última ronda de negociación de aprobación de los demás formularios para trámite de prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivencia y nos encontramos a la espera de las observaciones por parte de la República de Chile.
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 rondas de negociación para la suscripción de Convenio de Seguridad Social.
Canadá	Se han realizado dos rondas de negociación para la suscripción del Convenio de Seguridad Social, próximamente se realizará una nueva ronda que permitirá resolver las diferencias que se han presentado en la negociación.

### 2.3. SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS DE APOYO AL ADULTO MAYOR

#### Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM - Subsidio Directo

Las personas beneficiadas con el Programa de Protección Social al Adulto Mayor de junio de 2010 hasta abril de 2011 se han incrementado en 29.540 adultos mayores pobres y vulnerables, los recursos girados durante el mismo corresponde a \$287.576.230.000 que representaron 4.612.356 subsidios. El balance final del programa durante el año 2010 fue una máxima cobertura alcanzada, de 593.950 adultos mayores, se giraron 5.454.626 subsidios cuyo monto ascendió a \$340.294.270.000.

Durante 2011 con corte a abril, se han beneficiado 608.988 personas adultas mayores, residentes en 1.099 municipios del país, los recursos girados ascienden a \$114.636.380.000 correspondientes a los subsidios de enero a abril que representan 1.838.148 subsidios.

Al caracterizar la población beneficiaria se observa que el 58,3% son mujeres y el 41,7% son hombres. El 70,2% de la población beneficiada se encuentra entre 61 y 80 años, y del total de las personas ancianas beneficiadas, el 26,5% son mayores de 81 años. Tomando en consideración el nivel de Sisbén se encuentra que el 7,61% corresponde a listado censal, el 64,28% a nivel 1 y el 28,11 al nivel 2.

El detalle de máxima cobertura alcanzada, subsidios programados y valor de los mismos durante el periodo del Informe, con puntos de corte a diciembre de 2010 y abril de 2011, por departamento se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro 62**  
Máximas coberturas alcanzadas por departamento 2010 – 2011 (PPSAM).

Departamento	2010			2011		
	Cantidad de subsidios	Valor total subsidios programados (cifras en pesos)	Máxima cobertura	Cantidad de subsidios	Valor total subsidios programados (cifras pesos)	Máxima cobertura (abril)
Amazonas	6.114	254.100.000	825	1.078	51.040.000	865
Antioquia	648.868	44.283.850.000	72.565	107.754	7.345.120.000	73.934
Arauca	44.632	2.755.770.000	3.045	7.448	459.780.000	3.067
Atlántico	238.966	17.482.710.000	26.123	39.962	2.923.260.000	26.449
Bogotá D. C.	147.108	11.033.100.000	17.271	24.066	1.804.950.000	17.806
Bolívar	251.886	18.287.830.000	27.260	42.740	3.106.330.000	27.857
Boyacá	268.942	12.982.530.000	31.508	44.716	2.161.770.000	31.841
Caldas	184.758	11.703.670.000	20.147	30.936	1.959.700.000	20.393
Caquetá	59.516	3.658.280.000	6.068	10.044	617.130.000	6.197
Casanare	41.046	2.196.800.000	4.758	7.008	376.730.000	4.834
Cauca	229.764	13.118.090.000	25.209	39.512	2.267.030.000	25.926
Cesar	163.834	10.545.860.000	14.672	28.102	1.807.350.000	15.135
Chocó	44.174	2.509.190.000	5.318	8.870	511.460.000	5.499
Córdoba	243.968	15.351.890.000	24.636	41.374	2.611.750.000	25.073
Cundinamarca	348.050	20.359.220.000	40.464	57.582	3.360.880.000	40.867
Guainía	3.826	286.950.000	799	1.162	87.150.000	959
Guaviare	8.828	407.940.000	1.042	1.664	77.580.000	1.051
Huila	227.476	12.053.140.000	25.017	37.850	2.008.160.000	25.314
La guajira	75.990	3.677.190.000	9.502	13.328	648.440.000	9.887
Magdalena	164.610	9.662.550.000	14.577	27.864	1.637.880.000	14.801
Meta	86.380	5.979.690.000	9.237	14.138	975.430.000	9.286
Nariño	272.486	14.860.260.000	28.767	46.376	2.531.460.000	29.279
Norte de Santander	247.286	16.112.690.000	23.626	41.672	2.711.870.000	24.253
Putumayo	72.946	4.539.020.000	6.074	12.568	780.500.000	6.213
Quindío	89.424	6.111.370.000	9.637	14.828	1.013.040.000	9.823
Risaralda	118.708	8.598.910.000	12.816	19.898	1.440.460.000	13.225
San Andrés islas	7.998	452.330.000	1.023	1.314	74.390.000	1.036
Santander	273.436	14.867.680.000	33.935	44.854	2.436.410.000	34.475
Sucre	156.088	7.856.210.000	16.798	26.152	1.315.240.000	17.009
Tolima	259.342	16.477.960.000	29.268	42.674	2.707.850.000	29.533

<b>Valle del Cauca</b>	459.938	31.211.170.000	50.955	75.318	5.109.990.000	51.574
<b>Vaupés</b>	5.612	420.530.000	704	944	70.720.000	705
<b>Vichada</b>	2.626	195.790.000	304	442	32.950.000	308
<b>Total</b>	<b>5.454.626</b>	<b>340.294.270.000</b>	<b>593.950</b>	<b>914.238</b>	<b>57.023.800.000</b>	<b>604.474</b>

Fuente: Consorcio Prosperar

### Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM - Subsidio Indirecto

En desarrollo de la modalidad indirecta representada en ayudas técnicas durante el actual gobierno se han entregado 20.366 ayudas de movilidad y mobiliario, de esta cifra es importante resaltar que con la expedición Decreto 4048 del 29 de octubre de 2010, norma que posibilitó la entrega a Centros de Bienestar del Adulto Mayor y Centros Diurnos sin ánimo de lucro durante los meses de noviembre a diciembre de 2010 se beneficiaron 276 Instituciones ubicadas en 22 departamentos del país, a las cuales se entregaron 7.937 ayudas, asignaciones realizadas con Resoluciones 5242, 5460 y 5530 de 2010. Durante la actual vigencia se están beneficiando 70 centros adicionales con 1.363 ayudas y se encuentran en trámite 15 instituciones más.

En desarrollo de este programa se adaptaron 4.912 audífonos a personas en extrema pobreza del país, de los cuales para el periodo junio de 2010 a junio de 2011 corresponde 1.135 adaptaciones, al finalizar la entrega de esta ayudas se obtiene una ejecución del 98,2% respecto de lo esperado. En la actualidad se está adelantando el proceso de contratación para la adaptación de 3.180 prótesis dentales a beneficiarios de 18 municipios del país, asignadas mediante Resolución 1367 de 2011.

### Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor

Respecto de la modalidad indirecta entregada a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF-, en desarrollo del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta” –PNAAM-, para el periodo de julio a diciembre de 2010 se beneficiaron 417.230 adultos mayores con una inversión de \$204.590 millones. En lo corrido de la presente vigencia se han beneficiado 388.024 adultos mayores con una inversión de 88.719 millones. De igual forma, en la actualidad se cuenta con una red de 2.047 comedores ubicados en 837 municipios y se consolidó la distribución de paquetes de alimentos en 1.100 municipios.

### Programas Especiales de Adulto Mayor de las Cajas de Compensación Familiar

**Cuadro 63**  
Personas atendidas en programas especiales de Adulto Mayor

# Orden	Región Geográfica		Número de Créditos Jul - Dic. 2010
	Nombre		
1	Costa Atlántica		3.853
2	Occidente		203.495
3	Centro Oriente		22.564

4	Orinoquía	597
5	Amazonía	421
6	Bogotá, D.C.	21.962
7	Caja Campesina	1.315
Total		<b>254.207</b>

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

### Viejitos en Acción

Enmarcados en la estrategias de igualdad de oportunidades se encuentra en desarrollo el rediseño de programas de protección a la vejez “Viejitos en Acción” con lo que se busca la reducción y mitigación de los riesgos generados en el proceso de envejecimiento asociados fundamentalmente al retiro de la vida laboral, a través de la protección del ingreso en la vejez, mediante beneficios económicos periódicos para personas con alguna capacidad ahorro que recibirán del Estado una retribución económica de acuerdo con el capital ahorrado o al adulto mayor en pobreza extrema que a lo largo de su vida no tuvo la posibilidad de acumular activos y cotizar al Sistema de General de Pensiones a quienes se otorgará un subsidio en dinero.

### Política Nacional de Envejecimiento y Vejez

La Dirección General de Promoción Social viene adelantando, en el marco de esta política, diferentes frentes de intervención, entre ellos: i) Difusión de la política tanto en el ámbito nacional como internacional ii) asistencia técnica a las entidades territoriales y otros actores involucrados para la implementación de ésta política nacional a partir de procesos de participación social ii) aplicación de la Metodología de Participación Social de y para los Adultos Mayores, MIPSAM en trece entidades territoriales (a la fecha esta metodología fue seleccionada en el 2009 como de las experiencias más significativas en “Así vamos en salud” y ganadora en este mismo año del segundo puesto en investigaciones más importantes de envejecimiento y vejez de la Asociación de Geriátría y Gerontología), iii) definición de lineamientos técnicos para la transferencia de recursos nacionales a las entidades territoriales para la ejecución de la política y otros servicios sociales, mediante la aprobación de proyectos que presentan las entidades territoriales y que son cofinanciados por éstas.

En la actualidad se han trasferido recursos a todos los departamentos y ellos han desarrollado los proyectos en el marco de la política con participación social de las personas mayores, iv) asistencia técnica para la aplicación de la Ley 1276 de 2009, relacionada con los recursos de la estampilla pro-adulto mayor, v) lineamientos nacionales para la aplicación de los estándares de calidad en las instituciones de asistencia social que brindan atención a las personas mayores tanto protección (residencia) como de promoción social (centros vida). Los recursos transferidos a las entidades territoriales en el 2010 para el desarrollo de ésta política y otros servicios sociales para ancianos, y población desprotegida fue por un monto de \$441.536.000.

Como resultado de ello, recibieron asistencia técnica en el territorio, Bogotá, D.C., Medellín, Cartagena, Bolívar, Casanare, Huila, Valle, Nariño, Meta, Caquetá, la Guajira, Santander, Norte de Santander, Caldas, Quindío, Risaralda, Sucre, Córdoba, Cesar, Boyacá, Chocó, San Andrés, Amazonas, Arauca, Cauca, Vaupés,

Barranquilla, Cartagena, Medellín, Sincelejo, Villavicencio y Santa Marta; Barrancabermeja en Santander, Nieva, Campoalegre y Gigante del Huila, Valledupar, Aguachica y Pueblo Bello del Cesar, Tunja y Duitama en Boyacá, Yopal, y Paz de Ariporo en Casanare; Belén de los Andaquíes, Doncello y Belén de los Andaquíes en el Caquetá.

Con el apoyo de la Agencia de Cooperación de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR se elaboró y publicó la Directriz de Enfoque Diferencial para el Goce Efectivo de los Derechos de las Personas Mayores en Situación de Desplazamiento Forzado, construida a partir de procesos de participación social con personas mayores de los territorios afectados por la violencia.

Con el propósito de establecer la situación de las personas mayores que viven en instituciones de asistencia social, el Grupo Ciclo de Vida está adelantado un proceso e identificación de estas instituciones de protección social, para caracterizarlas y establecer un plan de acción que responda a sus necesidades.

### 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.

### Ejecución Presupuestal

En las Subcuentas de Solidaridad y Subsistencia entre enero y diciembre de 2010 se registraron recaudos por valor de \$902.576 Millones por concepto de aportes, rendimientos financieros, intereses de mora y multas y sanciones, incluyendo excedentes de la Subcuenta de Subsistencia incorporados al presupuesto del Fondo vigencia 2010 por valor de \$107.475 millones. 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 \$688.307 millones.

**Cuadro 64**  
**Ejecución de Ingresos**  
**Vigencia 2010**

Subcuenta	Apropiación Definitiva	Recaudo Acumulado Diciembre	Ejecución %
Subcuenta de Solidaridad			
<b>Aportes del 0,50</b>	153.373.068.294	164.683.750.958,19	107
<b>Rendimientos Financieros</b>	1.546.931.706	163.462.266.807,76	10567
<b>Multas y Sanciones</b>	0	220.261.531,00	
<b>Intereses de Mora</b>	0	483.604.087,92	

# INFORME AL CONGRESO 2010 – 2011

Subtotal	154.920.000.000	328.849.883.385	
<b>Reíntegro de Subsidios ISS.</b>		1.082.418.480,00	
Total Solidaridad	154.920.000.000	329.932.301.865	
Subcuenta de Subsistencia			
Recurso 11. Aportes de la Nación		0,00	
<b>Vigencia 2007</b>	155.644.729.015	155.644.729.015,00	100,00
<b>Deuda PariPassu</b>	0	0,00	
Subtotal	155.644.729.015	155.644.729.015	
Recurso 16. Fondos Especiales			
<b>Aportes del 1% - el 50%</b>	153.373.068.294	164.824.731.938,68	107,47
<b>Aportes Diferenciales</b>	22.569.265.367	36.096.895.316,64	159,94
<b>Aportes Pensionados</b>	38.696.332.650	28.831.807.116,82	74,51
<b>Rendimientos Financieros</b>	14.716.828.859	26.562.277.800,72	180,49
<b>Intereses Moratorios</b>	0	322.098.276,55	
<b>Excedentes</b>	194.744.299.815	107.475.153.353,85	55,19
Subtotal	424.099.794.985	364.112.963.803	85,86
<b>Devolución de Subsidios no Cobrados</b>	0	21.121.101.480,43	
<b>Devolución recursos no ejecutados</b>	0	13.025.697.690,40	
Caprecom			
<b>Devolución recursos no ejecutados ICBF</b>	0	18.739.389.106,00	
Total Subsistencia	579.744.524.000	572.643.881.095	98,78
Gran Total Ingresos	734.664.524.000	902.576.182.960	122,86

Fuente: Dirección General de Financiamiento, Consorcio Prosperar

## Cuadro 65 Ejecución de Gastos Vigencia 2010

Subcuenta	Apropiación Definitiva	Ejecución Presupuestal Acumulada A	
		31 de Diciembre de 2010	
		RP	OYOP
Subcuenta de Solidaridad			
<b>Subsidios Por Aporte Pensión.</b>	135.890.145.848	101.823.682.579	101.823.682.579
<b>Nomina Ley 418</b>	142.571.843	142.571.843	142.571.843
<b>Comisiones Fiduciarias</b>	12.598.000.000	8.908.707.028	7.408.707.028
<b>Apoyo Técnico, Seguim. y Auditoría.</b>	201.106.641	200.020.173	200.020.173
<b>Vigencias Expiradas</b>	6.088.175.668	6.088.144.517	6.088.144.517
Subtotal	154.920.000.000	117.163.126.139	115.663.126.139
<b>Devolución Aportes</b>			
Total Solidaridad	154.920.000.000	117.163.126.139	115.663.126.139
Subcuenta de Subsistencia			
<b>Programa Alimentario ICBF Recurso 10</b>	155.644.729.015	155.644.729.015	155.644.729.015
<b>Programa Alimentario ICBF Recurso 16</b>	49.470.355.512	48.946.105.200	46.336.949.677
<b>Vigencias expiradas</b>	3.571.425.000	3.571.425.000	1.779.645.000
<b>Subsidios PPSAM Recurso 16</b>	345.434.994.300	345.434.994.300	345.408.621.426
<b>Comisiones Fiduciarias</b>	25.405.000.000	25.405.000.000	23.258.749.138
<b>Apoyo Técnico, Seguim. y Auditoría.</b>	218.020.173	215.186.840	215.186.839
Total Subsistencia	579.744.524.000	579.217.440.354,52	572.643.881.095,09
Gran Total	734.664.524.000	696.380.566.493,91	688.307.007.234,47

Fuente: Dirección General de Financiamiento, Consorcio Prosperar

De enero a Marzo de 2011 en las Subcuentas de Solidaridad y Subsistencia se han recaudado \$321.510 por los mismos conceptos enunciados anteriormente y se ejecutaron gastos por valor de \$85.113 por concepto de subsidios, nómina Ley 418 – Pensión a víctimas de la violencia, comisiones fiduciarias y auditoría e interventoría, en la apropiación se incluyen excedentes del fondo de Subsistencia por valor de \$186.018 millones de pesos. En el cuadro siguiente se presenta la ejecución presupuestal del Fondo de Solidaridad Pensional.

**Cuadro 66**  
**Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos**  
**Vigencia Enero a Marzo de 2011**

Concepto	Apropiación Definitiva 2011	Recaudo de Ene - Mar. de 2011	Ejecución de Gastos de Ene - Mar de 2011
Subcuenta de Solidaridad			
Implementación FSP - Subcuenta Solidaridad	196.000	67.074	32.920
<b>Subtotal</b>	196.000	67.074	32.920
Subcuenta de Subsistencia			
Implementación FSP - Subcuenta Subsistencia	591.273	254.436	53.193
<b>Subtotal</b>	591.273	254.436	52.193
<b>Total</b>	<b>787.273</b>	<b>321.510</b>	<b>85.113</b>

**Fuente:** Dirección General de Financiamiento, Consorcio Prosperar, La información por concepto de ingresos y gastos de abril de 2011, estará disponible después del 20 de mayo.

### Excedentes Financieros

Los excedentes financieros de la vigencia 2010 certificada por la Contaduría General de la Nación para el Fondo de Solidaridad Pensional alcanzo la suma de \$1.677.958 millones.

## 3. PRIMERA INFANCIA, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

### 3.1 PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

A partir de la aceptación de la participación de Colombia en la adopción e implementación de la estrategia de Mujer, Individuo, Familia y Comunidad -MIFC, propuesta por la Organización Mundial de la Salud con financiación del *Enfant du Monde* y la OPS, a través de un Convenio suscrito con la Universidad de Antioquia para la formación de capital humano de los países de la región, se creó el equipo país constituido por dos profesionales de la Dirección General de Salud Pública, una profesional de la Dirección General de Promoción Social, docentes de la Universidad de Antioquia y funcionarios de Metrosalud. Como producto de este proceso se cuenta con un proyecto de país aprobado por la OMS, OPS/OMS, la Universidad, Metrosalud, quedando pendiente el aval por parte de este Ministerio. Una vez se surta esta fase se espera iniciar un piloto en la ciudad de Medellín y un municipio de la Costa Pacífica.

Desde agosto, el Gobierno Nacional se trazó el objetivo de fortalecer la política de primera infancia, estableciéndola como una prioridad nacional, para lo cual implementó la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de “De Cero a Siempre”, liderada por la Alta Consejería Presidencial de Programas Especiales. De Cero a Siempre es una Estrategia Nacional que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia. La estrategia reúne políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin prestar una verdadera atención integral que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad.

### 3.2 NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

En atención a este tema, se viene trabajando en varias mesas temáticas entre ellas, la Mesa Técnica Nacional y la de Plan País lideradas por éste Ministerio; la Mesa Guía para Alcaldes y Gobernadores liderada por el DNP, la Estrategia Hechos y Derechos por el ICBF, la Procuraduría General de la Nación y UNICEF, Informe de País al Comité de los Derechos del Niño por la Cancillería, el Ministerio de la Protección Social y el ICBF y la mesa de Seguimiento y Evaluación por el ICBF y el Ministerio de la Protección Social. Como productos de estas mesas se viene avanzado en la Guía para Alcaldes y Gobernadores 2011 – 2014, definición de la cadena de valor y definición de los indicadores para el seguimiento de los derechos de los niños, y de la estrategia propiamente dicha con el apoyo del Instituto Intramericano del Niño, INN y la mesa de Participación. Con relación al Informe país se está trabajando en torno a la elaboración del IV y V informe al Comité de los Derechos del Niño. Éste informe recoge las recomendaciones dadas por el Comité en los informes anteriores; refleja la situación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el país y presenta los retos que el país debe asumir para dar cumplimiento a la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Los jóvenes representan según las proyecciones del DANE Censo 2005 para el 2011, el 23. 5% de la población colombiana. Con base en la Política Nacional de Juventud (2004), el Ministerio ha centrado su esfuerzo en el proceso de formación en ciudadanía no sólo con funcionarios públicos sino fundamentalmente

con adolescentes y jóvenes, a través de: 1) Diseño y validación de metodologías e instrumentos (Guía de procedimientos y aplicación de “Consulta a niños, niñas y jóvenes sobre el avance en la garantía de sus derechos”) y 2) Asistencia Técnica a 32 grupos técnicos departamentales. Adicionalmente se ha brindado asistencia técnica directa a 7 departamentos con quienes se ha desarrollado procesos de instrumentación. En el marco de la Estrategia de hechos y Derechos se ha participado en los procesos de gestión de política pública de infancia, y adolescencia, gestión del conocimiento, articulación interinstitucional y se ha promovido la Gestión Social Integral con las autoridades territoriales en concordación con las demás entidades del Estado.

Adicionalmente en el marco de la Sentencia T-25 y los Autos de la Corte Constitucional, en particular del 251 relacionado con la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, se desarrollo una estrategia de fortalecimiento institucional mediante el desarrollo de capacidades de funcionarios públicos y agentes educativos comunitarios sobre el desarrollo infantil temprano y lactancia materna en emergencias. Como producto de ello se formaron 210 líderes de las ciudades de Bogotá, D.C., Bucaramanga, Medellín y Cali, Cartagena, Ibagué, Arauca, así como de los departamentos de Sucre y Caquetá.

De otra parte, durante el periodo de julio a diciembre de 2010, el ICBF atendió, a través de sus diferentes programas de Prevención y Protección, a 10.443.742 colombianos, con un presupuesto total de \$2,91 billones. La meta para 2011, es beneficiar a 10.166.978 colombianos con una inversión de \$3,17 billones, puesto que el Instituto avanza en un proceso de mejora continua, focalización y cualificación de los servicios para una cobertura con calidad, efectividad y eficiencia, donde se prioriza la atención a los más pobres y vulnerables. A 31 de mayo de 2011 se ha atendido un total de 8.941.183de usuarios con una inversión de \$2,27 billones en todo el territorio nacional.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ha venido aumentado la cobertura y calidad de los programas orientados a los niños y niñas entre los 0 y los 5 años de edad, por esta razón, a partir del año 2007 se implementó, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia –PAIPI- que para el periodo de julio a diciembre de 2010, benefició a 566.429 niños y niñas de la primera infancia: 262.897 en el Entorno Institucional, 96.655 en el entorno comunitario, 172.919 en el entorno familiar y 33.958 en proyectos especiales (Ludotecas naves e indígenas).

En lo corrido de 2011, se han atendido 567.858 niños y niñas así: 263.049 en el Entorno Institucional, 97.127 en el entorno comunitario, 173.724 en el entorno familiar y 33.958 en proyectos especiales (Ludotecas naves e indígenas).

A través del Programa *Desayunos Infantiles con Amor*, en el periodo de julio a diciembre 2010, se entregó complemento alimentario a 1.788.108 niños y niñas entre los seis meses y cinco años once meses de edad, pertenecientes a familias de los niveles 1 y 2 del SISBEN, con 15.127 puntos de entrega en 1.102 municipios del territorio nacional.

De la población atendida, fueron beneficiados 84.305 niños y niñas en situación de desplazamiento, 169.523 niños y niñas indígenas, 143.969 niños y niñas afro-descendientes y 139.814 niños y niñas mediante la Red Juntos. A mayo 31 de 2011 se han atendido 1.629.863 con una inversión de \$112.633 millones y se cuenta con 16.474 puntos de entrega en todo el territorio nacional.

En el Programa *Hogares del ICBF* se beneficiaron 1.355.471 niños, niñas y madres en periodo de gestación o lactancia, con una inversión de \$825.890 millones para el periodo julio – diciembre de 2010. En lo corrido de la presente vigencia se han atendido 1.354.033 beneficiarios con una inversión de \$822.856 millones.

De igual forma el ICBF, ha avanzado en la cualificación de los servicios prestados a la primera infancia a través de los Hogares del ICBF. Para ello, se han mejorado las condiciones de habitabilidad de las viviendas donde funcionan los Hogares, mediante un estímulo para fomentar la cultura del ahorro en las madres comunitarias. A diciembre de 2010, 67.361 madres comunitarias, es decir el 85% del total, se encuentran afiliadas al Fondo Nacional del Ahorro y se han aprobado 6.289 créditos por \$60.467 millones con este fin.

Así mismo, el ICBF ha avanzado en la formación técnica en Atención Integral a la Primera Infancia. En el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2010 se formaron 2.768 madres comunitarias. Para 2011 se espera formar a 20.000 madres más, de las cuales 1.806, ya han iniciado el proceso de formación.

Por otro lado, la cualificación de los servicios de los hogares ICBF, se ha desarrollado con la gestión de recursos por \$587 mil millones, para la implementación de *nuevas obras y la adecuación de espacios amables para la primera infancia*. Los recursos provienen de: CONPES 115, \$270 mil millones; CONPES 123, \$128 mil millones; recursos ICBF, \$116 mil millones; recursos del Ministerio de Educación Nacional, \$37 mil millones; recursos de otras fuentes (FONADE, Acción Social, entes territoriales, cajas de compensación familiar, organizaciones internacionales, empresa privada), \$34 mil millones.

Con estos recursos, que se vienen ejecutando desde el 2003, el país cuenta 1.960 obras de infraestructura: 900 construcciones nuevas (42 Jardines Sociales, 150 Hogares Múltiples, 650 Hogares Agrupados y 58 obras complementarias) y 1.060 obras de adecuación o ampliación, de las cuales 505 (327 adecuaciones, 178 construcciones) se entregaron entre julio y diciembre de 2010 y 566 (353 adecuaciones, 213 construcciones) se han entregado en la presente vigencia.

El Instituto, desde el año 2007 ha impulsado *Centros de Recuperación Nutricional para la Primera Infancia* que brindan atención nutricional, médica y psicosocial a través de un equipo interdisciplinario que recupera a los niños y niñas en periodos cortos de tiempo, solucionando su problema médico y nutricional y apoyando a las familias para que el niño o niña no vuelva a llegar a la condición de desnutrición severa. A través de este programa se han beneficiado 4.463 entre julio y diciembre de 2010.

En la actualidad se encuentran operando 101 Centros de Recuperación Nutricional en 19 departamentos, de los cuales 10 fueron inaugurados entre julio y diciembre de 2010 (3 financiados por el ICBF, 3 cofinanciados y 4 financiados por entidades territoriales). Para 2011 se espera abrir 10 nuevos Centros de Recuperación Nutricional en 15 Departamentos.

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 cuenta con el *Programa de Alimentación Escolar- PAE-* que durante el periodo de julio a diciembre de 2010 benefició a 4.036.686 escolares, durante 180 días, con una inversión de \$502.871 millones. A 30 de abril de 2011, se han atendido 4.068.953 escolares, con una inversión de \$448.387 millones.

El ICBF, a través de los *Clubes prejuveniles y juveniles*, ha generado 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. A través de este programa se beneficiaron 119.134 preadolescentes y adolescentes, con una inversión de \$25.627 millones en 8.189 clubes prejuveniles y juveniles, entre julio y diciembre de 2010. A 30 de Abril se han atendido 19.785 niños, adolescentes y jóvenes en 1.319 clubes prejuveniles y juveniles con una inversión de \$2.487 millones.

### Comité de explotación sexual de niños, niñas y adolescentes creado mediante la ley 679 de 2001

Liderado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en proceso cambio de liderazgo por el Ministerio de Protección Social.

### Logros

- Diseño una estrategia de comunicación con énfasis en las ciudades fronterizas y turísticas.
- En cuanto al fondo ESCNNA, se aprobaron los Decretos reglamentarios del ICBF y DIAN, y se avanza en la coordinación interinstitucional que garantiza el recaudo y la reglamentación del fondo.
- Divulgación de la aplicación en el territorio nacional de: El ICBF realizó talleres presenciales orientados a los diferentes sectores en los territorios dirigidos a: Rama Judicial (jueces, comisarios, inspectores de policía de infancia y adolescencia), Fiscalía, Ministerio de TIC (personal en medios de comunicación hablado y escrito), Sector Salud: (Atención integral y denuncia), Sector Educativo: (identificación temprana en aula), Entes territoriales y operadores a nivel nacional, el proyecto de divulgación de las leyes contra la explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes y solicita a UNICEF retroalimentar el proyecto.

**Cuadro 67**  
Atención de NNA en el marco de la estrategia de trabajo infantil Red Juntos. (DGPL)  
Atención directa a niñas, niños y adolescentes

Entidad	NNA Atendidos
ICBF	3.510
Ministerio de Educación	30.710
Ministerio de la Protección Social (Salud)	61.521
SENA	225
Total	95.966

Fuente: Reporte de cada una de las instituciones. Diciembre 2010.

**Nota:** Es de tenerse en cuenta que los NNA reportados como atendidos por las diferentes entidades, pueden recibir de manera simultánea la atención en uno o varios servicios o programas.

**Cuadro 68**  
Atención indirecta - familias de las niñas, niños y adolescentes

Entidad	NNA Atendidos
Banca de Oportunidades	123
Cajas de Compensación	272
Fondo de Solidaridad Pensional	4
Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial	4

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural	28
<b>Acción Social</b>	<b>31.877</b>
Total	32.308

Fuente: Registro único de Afiliados.

**Nota:** Es de tenerse en cuenta que las familias de los NNA trabajadores reportadas como atendidas por las diferentes entidades, pueden recibir de manera simultánea la atención en uno o varios servicios o programas.

La Superintendencia del Subsidio Familiar, en su función de monitoreo a las Cajas de Subsidio Familiar, consolida y reporta otras acciones realizadas a nivel nacional, así:

**Cuadro 69**  
**Atención Integral a la Niñez**

Periodo	Cobertura Niños	Presupuesto (Millones de \$)	Apropiación (Millones de \$)	Ejecución (Millones de \$)
<b>Jul a Dic. 2010</b>	384.489	183.741	40.369	41.210

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

Como puede observarse el ofrecimiento de la Atención Integral a la Niñez entre julio y diciembre del año 2010 presentó resultados más impactantes en la calidad de vida de los 384.489 menores que fueron atendidos con programas integrales en sus diferentes modalidades, así: Jardines sociales 16,16%, Hogares Múltiples 5.40%, Hogares Comunitarios 17,09%, Hogares Infantiles 4.47%, Entorno Institucional 18.80%, Entorno Familiar 0,83%, Entorno Comunitario 0.92%, Otros programas 36.34%.

**Cuadro 70**  
**Jornada Escolar Complementaria**

Periodo	Total Coberturas	Presupuesto (Millones de \$)	Apropiación (Millones de \$)	Ejecución (Millones de \$)
<b>Jul a Dic. 2010</b>	1.397.884	46.476	22.417	26.300

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

Las Cajas contaron con lineamientos trabajados conjuntamente con la Superintendencia del Subsidio Familiar – Ministerio de Educación Nacional, y desarrollaron en el tiempo libre de los niños, jóvenes y estudiantes en condiciones de vulnerabilidad, programas integrales de gran impacto social, resultados que pueden observarse en la vigencia julio a diciembre de 2010 con el ofrecimiento de programas integrales en modalidades Artística y Cultural 45.92%, Ciencia y Tecnología 39.61%, Escuelas Deportivas 23.10% y Ambiental 9.65%, logrando mejorar con el aprovechamiento del tiempo libre la calidad de vida de 1.397.884 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.

Atención a niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados organizados al margen de la ley y prevención de su vinculación

El Instituto ha puesto en marcha medidas de prevención y atención para contrarrestar la **vinculación de niños, niñas y adolescentes a grupos armados irregulares** mediante el Programa de Atención Especializada a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de Grupos Armados Irregulares – GAI, en el cual para el periodo de julio a diciembre de 2010, ingresaron al programa 338 niños y niñas.

## 4. TRABAJO

### 4.1 LEY DE FORMALIZACIÓN Y GENERACIÓN DE EMPLEO

La Ley, aprobada por el Congreso de la República el 29 de Diciembre de 2010, tiene por objeto la formalización y la generación de empleo con el fin de generar incentivos a la formalización en las etapas iniciales de la creación de empresas, de tal manera que aumenten los beneficios y disminuyan los costos de formalizarse.

La Ley contempla que las pequeñas empresas (menores de 50 trabajadores) que se creen o se formalicen, tendrán un régimen de pagos progresivos del impuesto de renta y parafiscales. En los dos casos, habrá progresividad durante cinco años, lo que implica exención en los dos primeros años y aumentos graduales hasta llegar al 100%. Es decir que se pagará en el tercer año 25%, en el cuarto el 50%, en el quinto el 75% hasta llegar al 100% en el sexto. También se contempla que dichas empresas no paguen la inscripción en el registro mercantil, cancelen 50% en la primera renovación, 75% en la segunda y la totalidad a partir de la tercera. Para los nuevos empleos de personas que estuvieran fuera del mercado laboral formal, que ganen entre 1 y 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes, los parafiscales serán descontados del impuesto de renta.

Para estimular la generación de empleos entre los menores de 28 años, la Ley contempla exenciones para las empresas que creen nuevas plazas de trabajo para esta población, con la condición de que se incremente el número de empleados, el monto total de la nómina y que no haya sustitución de trabajadores. Asimismo, la norma contempla que el beneficio se extienda para las empresas que contraten mujeres mayores de 40 años, que lleven más de un año fuera del mercado laboral, así como a reinsertados, desplazados y discapacitados.

En menos de un año de aplicación, la ley ya está dando resultados importantes. A 30 de junio, 211.000 mil empresas se han beneficiado con el no pago de matrícula mercantil, y cerca de 5.000 empleos generados han sido exonerados del pago de parafiscales.

Entre los beneficios ofrecidos por la Ley de Formalización y Generación de Empleo, se incluyen un plan especial para las empresas que estén legalmente constituidas en Colombia y que contraten personas menores de 28 años; madres cabeza de familia; mujeres mayores de 40 años con mínimo un año sin estar laborando; personal discapacitado y en proceso de reinsertión. Otro beneficio corresponde a la exención (no pago) de parafiscales en los dos primeros años de funcionamiento de las nuevas pequeñas empresas. Toda nueva empresa que obtenga la matrícula mercantil, cuyo monto de activos no supere los 5.000 salarios mínimos mensuales y tenga hasta 50 empleados, puede acceder a los beneficios de la Ley.

Para estas empresas la Ley también contempla descuentos en el pago de la matrícula mercantil y en el impuesto de renta. La Ley también ofrece beneficios para empresas que vienen operando formalmente, sin importar su tamaño y que aumenten el empleo. Si tienen el registro mercantil al día, pueden descontar del impuesto de renta el valor de hasta 11 puntos de la nómina: aportes parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e ICBF), 1,5 puntos de aportes en salud y 0,5 puntos en pensiones, generados por contratar

personas menores de 28 años; personas en situación de desplazamiento, en proceso de reintegración o en condición de discapacidad; mujeres mayores de 40 años sin contrato de trabajo en los 12 meses anteriores, y madres cabeza de familia en niveles 1 y 2 del Sisbén.

También se obtiene el beneficio al contratar empleados que ganen menos de 1,5 salarios mínimos que coticen por primera vez a la seguridad social. Con esta reducción de costos, se favorece la generación de empleos formales y se permite que muchos empleos informales se formalicen. Para que las empresas, al momento de hacer los aportes a la seguridad social, obtengan efectivamente estos descuentos, ya existe en la Planilla Integrada de Liquidación de Aporte –PILA, la categoría de Aportante D que liquida los pagos a la seguridad social con los descuentos ofrecidos por la Ley.

En cuanto a la reglamentación de la Ley 1429, se ha avanzado en la misma mediante Circular 011 de 2011, el Decreto 545 de Febrero 25 de 2011 y la Resolución 773 de Marzo 15 de 2011.

## 4.2 OPORTUNIDADES LABORALES

La lucha contra el desempleo ha generado resultados positivos. En menos de un año el país está cerca de alcanzar una tasa de desempleo de un dígito, meta del Gobierno para el cuatrienio. Para el mes de junio de 2011 la tasa de desempleo a nivel nacional fue del 10.9% frente a 11.6% en junio de 2010. Esta tasa es la más baja en los meses de junio para los últimos 5 años. En las 13 áreas metropolitanas creció más el empleo asalariado que el empleo por cuenta propia. El asalariado creció 5,4% y el cuenta propia 4,9%. Se están generando empleos de buena calidad.

A pesar de esta mejoría, el Ministerio de la Protección Social tiene como objetivo primordial trabajar de manera permanente y sin descanso para cumplir con las metas del Gobierno en materia de empleo relacionadas con dejar en un dígito la tasa de desempleo. La Ley de Formalización y Generación de Empleo (Ley 1429) es una de las estrategias para cumplir con ese propósito.

### Políticas Activas y Pasivas de Empleo

Las Políticas Activas de empleo hacen referencia a la intervención directa del gobierno en el mercado de trabajo para prevenir o aliviar el desempleo y para mejorar el funcionamiento del mercado de trabajo. Consisten en medidas de inserción, formación y políticas de promoción de la creación de empleo que buscan mejorar las posibilidades de empleabilidad de las personas desempleadas o trabajadores por cuenta propia, la adaptación de la formación y recalificación para el empleo de las personas trabajadoras, así como otras acciones orientadas a fomentar el espíritu empresarial y la economía social.

El objetivo del programa es aumentar el nivel de empleabilidad de la población más pobre y vulnerable del país, especialmente jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, adultos desempleados de largo plazo y/o inactivos y personas en situación de desplazamiento, a través del desarrollo de intervenciones específicas para cada tipo de población, que conjuguen acciones de acompañamiento, asesoramiento, formación y entrega de apoyos de sostenimiento que favorezcan el proceso de enganche laboral.

Esta intervención es un desarrollo de la “Política de Generación de Ingresos -“PGI” para Población Pobre Extrema y Desplazada” – “PPED” - Conpes 3616/09 que tiene como propósito desarrollar e incrementar el potencial productivo de la población “PPED”, aprovechando sus capacidades, creando las oportunidades para que puedan acceder y acumular activos, alcanzado la estabilización socioeconómica en el mediano y largo plazo.

En respuesta a estas necesidades se han diseñado y puesto en marcha programas de generación de empleo e ingresos más flexibles, de tal manera que las entidades territoriales de acuerdo con sus particularidades, puedan atender de una manera más integral y oportuna a las poblaciones más vulnerables. Así mismo, se vienen generado procesos de coordinación interinstitucional pública y privada en los niveles nacional y territorial, más fuertes y dinámicos.

Se ha tenido en cuenta para la identificación de los territorios a intervenir aquellos donde se puede hacer un fortalecimiento de la institucionalidad existente, partiendo de logros recientes. Esto implica que los municipios donde se interviene cuentan con los programas y políticas de empleo.

**Cuadro 71**  
**Cobertura Geográfica – Vigencia 2011**

	Municipio	Programas
1	Armenia	Pactos por el empleo
2	Soacha	Mesa de Generación de Ingresos DNP
3	Bucaramanga	IMEBU
4	Cartagena	CEMPRENDE – Alcaldía y Cámara de Comercio - PNUD
5	Manizales	Pactos por el empleo
6	Pereira	Pactos por el empleo

Fuente: Dirección General de Promoción del Trabajo, Ministerio de la Protección Social.

Para la implementación del programa se tienen definidos los siguientes componentes: a) Desarrollo de la institucionalidad local para la gestión del empleo; b) Acompañamiento y articulación de oferta institucional; y c) Búsqueda activa de oportunidades de empleo. El Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Promoción del Trabajo, diseñó y estableció lineamientos estratégicos generales para el programa, que permiten el inicio y avance de las actividades previstas para su implementación.

Para la operación de este programa el Ministerio gestionó la suscripción del Convenio de Asociación entre la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional y la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, trabajó en la elaboración de herramientas operativas que soporten la implementación de la

estrategia en los territorios y adelantó acciones de difusión y promoción de la intervención en los municipios de cobertura.

## **Política de Emprendimiento - SENA**

En el SENA el emprendimiento inicia con la integración del componente emprendedor en los programas de formación titulada y de Jóvenes Rurales Emprendedores, donde los aprendices tienen una participación activa, a través de la estrategia de formación por proyectos, donde se identifican ideas de negocios que más adelante se materializarán como proyectos productivos reales de base tecnológica.

Este proceso de emprendimiento se constituye en una valiosa herramienta para asegurar la creación de nuevas empresas innovadoras por parte de los aprendices. A partir de su formación, el joven desarrolla competencias y habilidades emprendedoras, identifica oportunidades de negocios y participa en la estructuración de ideas de negocio de base tecnológica, que permiten que las ideas de negocios se hagan realidad.

Los resultados del emprendimiento en el SENA se ven reflejado en cuatro frentes fundamentales: la creación de nuevas unidades productivas, como resultado de la estrategia de formación por proyectos, en el nacimiento de nuevas empresas innovadoras y de base tecnológica, en el acompañamiento y asesoría a los emprendedores para la puesta en marcha de sus ideas empresariales o de negocios.

## **Fondo Emprender**

Constituye una cuenta especial adscrita al SENA, cuyo objetivo principal es el de aportar capital semilla para la puesta en marcha de proyectos de carácter empresarial, con componente de innovación, 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.

La presentación de los planes de negocios al Fondo Emprender se hace a través de las Unidades de Emprendimiento de las universidades o de los Centros de formación del SENA, o por medio de una Incubadora de Empresas. Allí, el emprendedor recibe acompañamiento por parte de un gestor experto en emprendimiento y empresarismo, quien lo orienta técnica y empresarialmente en diversos aspectos relacionados, comenzando con la evaluación de la viabilidad de la idea de negocio. Posteriormente, lo apoyará en la presentación del respectivo plan de negocios ante el Fondo Emprender. También, los orientan y les transfieren el conocimiento sobre la metodología para la presentación del proyecto a diferentes convocatorias. Adicionalmente, el emprendedor tiene a su alcance diversos programas complementarios para el fortalecimiento de sus competencias.

Cabe destacar que además de focalizar sus esfuerzos hacia la creación de empresas de base tecnológica, el SENA le da un fuerte impulso a aquellas consideradas de clase mundial o de soporte a las mismas, para lo cual transformó su lineamiento con el fin de enfocar al aprendiz en la identificación de ideas de negocios potenciales en estos sectores.

**Cuadro 72**  
Fondo Emprender.  
Julio 2010 – Marzo 2011

Fondo Emprender	Ejecución	
	2010	Jul-2010/ Mar 2011
Empresas promovidas por el Fondo Emprender	438	237
Empleos generados en empresas promovidas por el Fondo Emprender	2.479	1.322

Fuente: SENA - Grupo Gestión de la Información - Dirección de Empleo, Trabajo y Emprendimiento

### Fortalecimiento a PYMEs

Este proyecto busca fortalecer las PYMEs colombianas mediante la realización de un programa masivo apoyado por los aprendices de la entidad. El programa llega a las PYMEs que pertenecen a los sectores de clase mundial y de anticipación y su operación se realiza a través de asesores especializados con el acompañamiento de aprendices de formación titulada.

El proyecto apoya a las PYMEs y las acompaña con asesores, aprendices e instructores en el mejoramiento y desarrollo de sus procesos de gestión humana, tecnologías de la información y la comunicación, y logística; con el fin mejorar la toma de decisiones estratégicas de alta gerencia incrementando la competitividad y productividad para que sean sostenibles en el tiempo.

A diciembre de 2010, se diagnosticaron 1.798 empresas, de las cuales 1.593 contaban con planes formulados. Por actividad económica la atención fue la siguiente:

**Cuadro 73**  
Fortalecimiento de las PYMEs.  
Julio 2010 – Marzo 2011

Actividad Económica	Atención a Mypimes				
	Diagnost.	Diag. Planes formulados	Planes Formulados y Presentados	En Acompañamiento	Fin de Acompañamiento
Industria	258	230	224	87	2
Comercio	243	228	219	99	7
Servicios	479	419	402	188	4
Industria y Comercio	433	363	356	130	8
Industria y Servicios	80	71	70	25	
Comercio y Servicios	214	197	182	87	1
Industria, Comercio y Servicios	91	85	84	32	
<b>Total</b>	<b>1.789</b>	<b>1.593</b>	<b>1.537</b>	<b>648</b>	<b>22</b>

Fuente: SENA - Grupo Gestión de la Información - Dirección de Empleo, Trabajo y Emprendimiento

### Programa 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 través de formación que considera no solo sus capacidades y necesidades sino las características del mismo mercado laboral. Dentro de esta población la Entidad ofrece especial atención a la Población Desplazada por la Violencia.

**Cuadro 74**  
Atención a Poblaciones Vulnerables.  
Julio 2010 - Abril 2011

Programa Atención a Población Vulnerable	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cupos Población Vulnerable	2.285.902	2.345.629
Cupos Desplazados por la Violencia, incluidas en el total de cupos Población Vulnerable	571.443	561.027

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Programa Jóvenes Rurales Emprendedores

Jóvenes Rurales Emprendedores es un programa creado por el SENA para 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. La adquisición de competencias para el desarrollo y constitución de tejido productivo en las regiones es la razón de ser de este programa que vincula a jóvenes desempleados del sector rural en edades comprendidas entre los 16 y los 35 años.

El programa fue concebido bajo el modelo de trabajo en equipo, el uso de los espacios naturales de la vida diaria del joven (finca familiar, por ejemplo) como ambiente de aprendizaje, de forma que se permita adaptar todos los contenidos de un proyecto productivo al desarrollo de un proyecto real.

Los programas de formación están estructurados en el marco de la creación de empresa y se desarrolla a partir de proyectos productivos, innovadores y viables. En este sentido, los materiales de formación son aportados como capital semilla por lo que son suministrados desde el inicio del proceso de formación.

**Cuadro 75**  
Programa Jóvenes Rurales Emprendedores.  
Julio 2010 - Abril 2011

Programa Jóvenes Rurales Emprendedores	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Estudiantes matriculados en el programa	269.459	254.491

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Programa Jóvenes en Acción y migración al Programa de Ampliación de Cobertura

Luego de múltiples concertaciones en el 2009 con el Gobierno Nacional, a partir del año 2010 el Proyecto de Inversión del Programa de Ampliación de Cobertura es aprobado en el BPIN y el Proyecto de Inversión del Programa Jóvenes en Acción es inactivado.

A través del Programa de Ampliación de Cobertura, el SENA, como entidad gubernamental líder y responsable de impartir una formación de calidad a los colombianos, transfiere a las instituciones los programas de formación, las metodologías de formación por proyectos y por competencias laborales, permite el uso de las diferentes herramientas de aprendizaje con las que cuenta la Entidad (Sofía Plus, Blackboard, entre otros), desarrolla procesos de formación de los instructores de estas instituciones y brinda asesoría para la consolidación de los ambientes de aprendizaje, entre otros.

**Cuadro 76**  
**Matriculados Programa Ampliación de Cobertura.**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Programa Ampliación de Cobertura	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Matriculados en el programa	41.232	51.997

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Normalización y Certificación de Competencias

El Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, avanzó en la implementación y fortalecimiento de los procesos de Normalización y Evaluación-Certificación de Competencias Laborales.

Las Normas de Competencia Laboral elaboradas por las Mesas Sectoriales y los Comités Técnicos en los que participa la Entidad, son el producto del trabajo concertado entre diferentes instancias del sector productivo, académico y público, 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.

A abril 2011 se han conformado 70 Mesas Sectoriales, en diferentes actividades económicas. A través de las cuales en la vigencia 2010 se estructuraron 193 titulaciones por competencias laborales. En el siguiente cuadro se presenta la información sobre las certificaciones laborales expedidas.

**Cuadro 77**  
**Certificaciones Laborales.**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Normalización y Certificaciones Laborales	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Certificaciones Laborales Expedidas	163.122	126.056

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo

### Innovación y Desarrollo Tecnológico

Al inicio de cada vigencia, el Consejo Directivo Nacional del SENA, determina el presupuesto asignado a cada una de las líneas, dando prioridad a los objetivos misionales y al Plan Nacional de Desarrollo.

Para el año 2010 el programa de innovación y desarrollo tecnológico contó con los siguientes programas aprobados por el Consejo Directivo Nacional:

**Cuadro 78**  
**Programa Innovación y Desarrollo Tecnológico.**  
**2010**

Programa de Innovación y Desarrollo Tecnológico	Inversión en Millones \$	Número Proyectos financiados
<b>Convenio SENA – Colciencias</b>	100.367	207
<b>Programa Nacional de Formación Especializada del Recurso Humano vinculado a las empresas</b>	32.869	137
<b>Unidad de Investigación en las Empresas</b>	2.353	52
<b>Innovación y Desarrollo Tecnológico Productivo</b>	8.886	37
<b>Parques Tecnológicos - Red TecnoParque</b>	10.589	21
<b>Innovación de la Formación Profesional Integral del SENA</b>	69.552	420
<b>Colombia Certifica</b>	6.162	115
<b>SENA Digital</b>	82.887	345

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información – Grupo Gestión Presupuestal

**Cuadro 79**  
**Programa Innovación y Desarrollo Tecnológico.**  
**Enero – Abril 2011**

Programa de Innovación y Desarrollo Tecnológico	Inversión en Millones \$
<b>Convenio SENA – Colciencias</b>	80.155
<b>Sofía Plus</b>	2.524

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información – Grupo Gestión Presupuestal

### Gestión del Empleo y Empleabilidad

El SENA cuenta con el Servicio Nacional de Empleo - SNE, herramienta de información que permite conectar a los colombianos con las vacantes generadas por los empresarios, siendo una herramienta de particular interés para los desempleados y las empresas que demandan empleo.

Este sistema en línea, capta la información sobre necesidades de personal requerido con los respectivos perfiles ocupaciones de aquellos cargos disponibles en los diferentes niveles: elementales, calificados, técnicos, profesionales y directivos. Adicionalmente los beneficiarios tienen la posibilidad de participar de formación específica para mejorar su perfil profesional o asistir a talleres de orientación ocupacional. 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://colombianostrabajando.SENA.edu.co>

**Cuadro 80**  
**Servicio Nacional de Empleo.**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Servicio Nacional de Empleo - SNE	Ejecución	
	2010	Jul-2010/ Abril-2011
Vacantes registradas en el Servicio Nacional de Empleo - SNE	200.017	164.772
Inscritos registrados en el Servicio Nacional de Empleo - SNE	786.976	607.832
Personas que reciben orientación ocupacional	409.207	289.641
Personas colocadas laboralmente	137.658	112.061
Tasa de colocación (Colocados / Vacantes)	69,0%	68,0%

Fuente: SENA - Grupo Gestión de la Información - Dirección de Empleo, Trabajo y Emprendimiento

### Observatorio Laboral y Ocupacional

Basándose en la información que arroja la gestión del SPE, y a través del Observatorio Laboral y Ocupacional, el SENA hace análisis de las características y dinámica del mercado laboral, como apoyo para la planificación y pertinencia de los programas de formación y para el diseño de políticas de empleo y educación. Los detalles de estos estudios se pueden encontrar en el Módulo de Inteligencia de Mercados, a través de la página web del Observatorio Laboral y Ocupacional Colombiano del SENA (<http://observatorio.SENA.edu.co> – banner Inteligencia de Mercados), en el cual la comunidad puede identificar los proyectos empresariales, industriales y comerciales proyectados para la vigencia 2010.

### Internacionalización

La Entidad, consciente de la importancia de las alianzas internacionales de doble vía, ha recibido cerca de 233 misiones internacionales, conformadas por funcionarios de alto nivel de entidades gubernamentales, empresarios de múltiples países, ONG, agencias de cooperación internacional, universidades e instituciones de formación para el trabajo. Nos visitaron 120 expertos internacionales en el marco de alianzas estratégicas y proyectos con agencias de cooperación internacional.

El SENA cuenta con más de 90 socios estratégicos en 47 países del mundo, ha desarrollado importantes alianzas para hacer transferencia internacional de tecnología y de conocimientos a los centros de formación, instructores, aprendices y funcionarios, con países como: Estados Unidos, Centro América y el Caribe, Israel, Alemania, Francia, España, Holanda, Japón, China, Brasil y Perú, entre otros.

Fruto de las alianzas mencionadas, 2.939 aprendices de todas las regiones de Colombia fueron beneficiarios durante el 2010, de formación en diferentes tecnologías, en el marco de proyectos internacionales. Por otra parte, recibimos 524 aprendices de instituciones internacionales para adelantar transferencia de conocimientos en nuestros centros de formación.

En cuanto a los instructores durante el 2010 alrededor de 1.305 docentes fueron beneficiarios de actualizaciones tanto en Colombia como en el exterior, así mismo tuvieron la oportunidad de profundizar sus conocimientos y, en algunos casos, certificarse internacionalmente en países como Israel, Estados Unidos y Alemania.

### Programas de Iniciativas Locales de Gestión Empresarial –ILE-

Este Programa diseñado por el Ministerio de la Protección Social, con la asesoría de la Cooperación Técnica del Gobierno de España, está orientado a generar las 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 2010, se firmó el convenio interinstitucional No. 209 de 2010 con la Universidad Nacional Abierta y a Distancia –UNAD- capacitar y apoyar a las mujeres vulnerables en los municipios de Facatativá (Cundinamarca) y Buenaventura (Valle del Cauca), como resultado de este proceso se apoyaron 23 emprendimientos y se beneficiaron 101 mujeres.

### Programa de subsidio al desempleo FONEDE

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 81**  
Número y valor de Subsidios asignados al Desempleo

No.	Región Geográfica Nombre	Subsidios Asignados					
		Jul. – Dic. 2010		Ene. – Feb. 2011		Total Jul./10 – Feb./11	
		Número	Valor (Millones)	Número	Valor (Millones)	Número	Valor (Millones)
1	Costa Atlántica	5.535	4.268	1.383	1.110	6.918	5.378
2	Occidente	15.619	12.066	5.222	4.195	20.841	16.261
3	Centro Oriente	4.833	3.587	1.031	828	5.864	4.415
4	Orinoquía	1.343	1.037	296	238	1.639	1.275
5	Amazonía	506	414	230	185	736	599
6	Bogotá D. C.	19.077	15.217	5.823	4.875	24.900	20.092
7	Caja Campesina	164	127	36	29	200	156
	<b>Total</b>	<b>47.077</b>	<b>36.716</b>	<b>14.021</b>	<b>11.460</b>	<b>61.098</b>	<b>48.176</b>

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

En el siguiente cuadro se observa que los subsidios al desempleo asignados, se concentran en un 41% en Bogotá y un 34% en la región Occidente, donde se localizan los Departamentos de Antioquia, Caldas, Cauca, Chocó, Nariño, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca, seguida de la región Costa Atlántica que cubre fundamentalmente los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Sucre y San

Andrés. En el periodo establecido se han asignado un total de 61.098 subsidios, correspondientes a \$48.175 millones de pesos.

**Cuadro 82**  
**Programa de microcrédito FONEDE**  
**Créditos otorgados por las Cajas de Compensación Familiar a los afiliados**

Región Geográfica		Subsidios Asignados					
No.	Nombre	Créditos asignados	Valor (Millones)	Créditos asignados	Valor (Millones)	Créditos asignados	Valor (Millones)
		Jul. – Dic. 2010		Ene. – Feb. 2011		Total Jul./10 – Feb./11	
1	Costa Atlántica	11	321			11	321
2	Occidente	589	34.366	140	3.128	729	37.494
3	Centro Oriente	30	1.741	6	117	36	1.857
4	Orinoquía						
5	Amazonía	3	137			3	137
6	Bogotá D. C.	104	13.830	916	904	1.020	14.734
7	Caja Campesina						
Total		<b>737</b>	<b>50.395</b>	<b>1.062</b>	<b>4.128</b>	<b>1.799</b>	<b>54.543</b>

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

Esta modalidad de microcréditos, aun cuando ha mejorado su ejecución levemente, continúa siendo muy baja con 1.799 créditos asignados, para un total de \$54.543 millones de pesos, midiendo el valor disponible para otorgar microcréditos y los microcréditos asignados. Es necesario analizar por parte de la entidad que fija la política su ajuste a la mayor brevedad.

**Programa de capacitación para la inserción laboral FONEDE**

**Cuadro 83**  
**Ejecución Regionalizada**

Región Geográfica		Subsidios Asignados					
No.	Nombre	Solicitudes recibidas	Valor (Millones)	Solicitudes recibidas	Valor (Millones)	Solicitudes recibidas	Valor (Millones)
		Jul. – Dic. 2010		Ene. – Feb. 2011		Total Jul./10 – Feb./11	
1	Costa Atlántica	5.689	2.692	1.169	442	6.858	3.134
2	Occidente	11.637	8.363	4.083	2.286	15.720	10.649
3	Centro Oriente	3.976	2.575	861	165	4.837	2.739
4	Orinoquía	805	467	220	18	1.025	485
5	Amazonía	1.104	236	1	25	1.105	261
6	Bogotá D. C.	15.018	11.672	5.319	3.632	20.337	15.304
7	Caja Campesina	141	447	31	16	172	463
Total		<b>38.370</b>	<b>26.453</b>	<b>11.684</b>	<b>6.584</b>	<b>50.054</b>	<b>33.037</b>

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

A través del Programa FONEDE, en el período julio de 2010 a febrero de 2011, se ha ejecutado un total de \$33.037 millones de pesos.

## **Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo**

Durante los años 2010-2011, se promovieron los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo de Cundinamarca y Barrancabermeja, a través de visitas de información y sensibilización a los principales actores públicos y privados interesados en conformar dichos Observatorios. Una vez finalizado este proceso, se los fortaleció a través de la capacitación de sus equipos de trabajo, elaboración de los primeros boletines y diseño de sus páginas web.

Así mismo, se continuó el fortalecimiento de los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo de Bucaramanga, Manizales, Risaralda, Armenia, Ibagué, Pasto y Meta, Boyacá, para lograr su efectivo posicionamiento regional y local. En estos Observatorios el proceso de fortalecimiento se desarrolló a través de la capacitación de sus equipos técnicos en el procesamiento de información estadística, actualización de los módulos de trabajo e institucionalización del Observatorio mediante la publicación de Boletines en sus respectivas páginas web.

De la misma manera, se realizaron dos encuentros de los Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo en la ciudad de Bogotá. En el mes de julio de 2010 se realizó el primer encuentro de Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo con la participación de nueve (9) Observatorios: Bucaramanga, Manizales, Risaralda, Cundinamarca, Armenia, Tolima, Meta, Boyacá y Pasto. En el mes de noviembre se realizó el segundo encuentro Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo con la participación de diez (10) Observatorios: Bucaramanga, Manizales, Risaralda, Cundinamarca, Armenia, Tolima, Meta, Boyacá, Pasto y Cartagena.

En el marco del desarrollo del Contrato 162 de 2010 suscrito entre el MPS y la Universidad Externado de Colombia se logró la revisión diagnóstica de los ORMT existentes y la elaboración de una metodología y esquema para el fortalecimiento del funcionamiento de las ORMT como unidades de análisis del comportamiento del mercado de trabajo.

## **4.3 TRABAJO EN CONDICIONES DIGNAS Y DECENTES**

### **Registro de empresas de servicios temporales**

Con relación al Registro Nacional de Empresas de Servicios Temporales y Agencias de Colocación o Empleo que identifica las empresas que fueron autorizadas, suspendidas o canceladas en todo el país, actualmente incluye la información de 726 Empresas de Servicios Temporales. Este Registro se encuentra publicado en la Página Web del Ministerio.

### **Información estadística en Base de Datos de mercado laboral de Empresas de Servicios Temporales**

Durante el 2010 se presentaron 1.087.971 inscritos; se realizaron 789.733 requisiciones y se colocaron 799.315 personas, que corresponde al 73.5% del total de inscritos en el período y al 101.2% de efectividad en

el cubrimiento del total de las vacantes –requisiciones de las empresas usuarias, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

**Cuadro 84**  
**Requisiciones y colocaciones de mano de obra a través de empresas de servicios temporales – 2010**

Año	Inscritos-Oferta	Requisiciones-Demanda	Colocados – Demanda
2010(*)	1.087.971	789.733	799.315

(\*)Datos parciales  
Fuente: D. G. Promoción del Trabajo - Minprotección Social - Direcciones Territoriales de Trabajo- Informes Trimestrales

### Registro Precooperativas y Cooperativas de Trabajo Asociado

**Cuadro 85**  
**Regímenes Autorizados 2007 - 2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Constituidas	685	712	234	157	87	1.875
Ajustadas	1098	859	454	34	89	2.534
<b>Total</b>	<b>1.783</b>	<b>3.354</b>	<b>4.042</b>	<b>4.233</b>	<b>176</b>	<b>4.409</b>

FUENTE: DGPT

Nota: Datos al mes de abril de 2011, de acuerdo con los reportes de las Direcciones Territoriales, sujeto a modificaciones

El anterior cuadro muestra el número de Precooperativas y Cooperativas de trabajo Asociado a las cuales el Ministerio de la Protección social les autorizó regímenes de Trabajo Asociado y Compensaciones en el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2007 y abril de 2011.

### Otras actividades

Revisión y autorización de las solicitudes presentadas por Cooperativas de Trabajo Asociado sobre exención de contribuciones especiales y actualización de la base estadística.

Actualización estadística sobre Cooperativas de Trabajo Asociado cotizando por PILA y el número de trabajadores por los cuales cotizan.

**Cuadro 86**  
**Cooperativas Pagando por Pila**  
**(Junio de 2010 – Marzo de 2011)**

Año	Mes	Cooperativas	Cooperados	No Cooperados	Promedio Cooperados	Total Personas	Promedio Total Personas
2010	6	3.371	447.816	86.804	133	534.620	159
2010	7	3.357	453.871	84.040	135	537.911	160
2010	8	3.342	449.489	84.982	134	534.471	160
2010	9	3.340	452.670	83.031	136	535.701	160
2010	10	3.262	454.027	82.440	139	536.467	164
2010	11	3.125	440.879	77.083	141	517.962	166

2010	12	3.269	457.879	86.692	140	544.571	166
2011	1	3.261	443.905	82.273	136	526.178	161
2011	2	3.183	419.558	82.058	131	501.616	157
2011	3	3.209	441.971	87.248	137	529.219	164

Fuente: DGPT - Cifras calculadas por la Dirección General de Promoción del Trabajo con base en los reportes de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

### Asistencia Técnica y Capacitación

Se apoyó la realización de foros sobre Cooperativas de Trabajo Asociado y emprendimiento en las ciudades de:

#### 2010 Segundo semestre

Barranquilla  
Santa Marta  
Cali  
Medellín  
Vélez

#### 2011

Neiva  
Ibagué

### Apoyo a Mipymes

- Asistencia a Consejos Superiores de Microempresa y Pyme
- Presentación de informes sobre los temas tratados en los Consejos Superiores
- Atención al usuario, Preparación y emisión de respuestas a solicitudes hechas por los ciudadanos sobre procedimientos para acogerse a los beneficios Parafiscales establecidos en la Ley 590 de 2000
- Preparación y emisión de respuestas a solicitudes hechas por los ciudadanos en relación con la temática de emprendimiento y generación de ingresos.
- Participación en el proyecto de ley de Formalización y Generación de Empleo
- Participación en la construcción del ABC de la Ley 1429 de 2010

### Política Migratoria Laboral

El documento CONPES No. 3603 de 2009 sobre Política Integral Migratoria, presenta lineamientos, estrategias y programas del Gobierno Nacional con el fin de potenciar el desarrollo de la población migrante, lograr la defensa, protección y garantía de los derechos de los migrantes a través de una atención suficiente, efectiva y coordinada sobre todas las dimensiones del desarrollo de la población colombiana en el exterior y extranjeros en Colombia.

En el marco de la Comisión Nacional Intersectorial de Migración, órgano coordinador y orientador del Gobierno en la ejecución de la política migratoria del país, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Se participó en las reuniones de la Comisión, donde se presentaron los avances de los compromisos definidos para el Ministerio, en el plan de acción de la matriz CONPES, que describe los productos, actividades presupuestado y recomendaciones para cada una de las entidades integrantes.
- Se elaboró el Documento Técnico sobre la “Caracterización de la Población Extranjera en el Mercado Laboral Colombiano”, a partir del análisis de la información obtenida de los registros administrativos de las solicitudes de Certificados de Proporcionalidad presentadas por empleadores interesados en contratar extranjeros y obtener visas de trabajo en el año 2009; el cual, fue presentado ante los miembros de la Comisión Nacional Intersectorial de Migración.
- Se realizaron campañas de sensibilización, orientación y divulgación de servicios y derechos a potenciales migrantes colombianos al exterior y extranjeros en Colombia, a través rediseño, publicación y divulgación de los siguientes documentos informativos sobre trámites, derechos y demás asuntos migratorios así:
- Pasaportes de Canadá, España y de Estados Unidos, con la ficha técnica e información sobre aspectos generales del país, requisitos para solicita respectiva visa, datos de la embajada y consulados de Colombia en esos países entre otros.
- Cartilla Derechos Humanos de los Migrantes, Ventajas y Desventajas de los Migraciones Laborales y Cartillas Sobre Mujer, Niñez y Familia Migrante Internacional, para ser distribuidos por el MPS.

Con lo anterior se da cumplimiento a los compromisos del MPS en el marco del documento CONPES relacionados con campañas de sensibilización y capacitación a diferentes actores, migrantes, trabajadores en coordinación con la Confederación General del Trabajo – CGT en el Centro de Información y Atención a Migrantes. CIAMI.

Se elaboró el documento respectivo de proporcionalidad, enviado a la Comisión Nacional Intersectorial de Migración, encaminado a evaluar la consistencia entre el artículo 74 del Código Sustantivo de Trabajo y el Principio de Trato Nacional contenido en los acuerdos internacionales de integración económica y la posibilidad de simplificar el trámite del Certificado de Proporcionalidad,

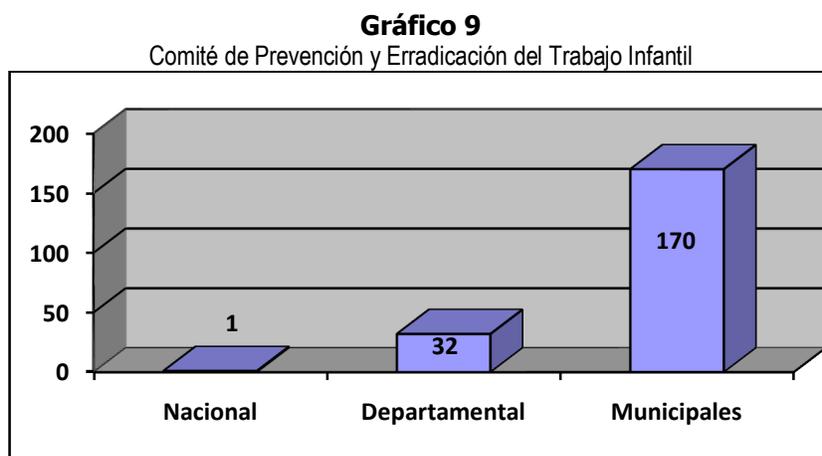
Se automatizó el trámite para la expedición del Certificado de Proporcionalidad con firma digitalizada, de manera que los usuarios realizaran la solicitud y recibieran el Certificado vía Internet.

## **Erradicación del Trabajo Infantil**

El Ministerio, como líder del sector, a través de la Dirección General de Protección Laboral –DGPL-, se constituye en la instancia de coordinación interinstitucional, para el tema de Erradicación del Trabajo Infantil y protección del joven trabajador.

La eliminación del trabajo infantil es una de las principales preocupaciones del Gobierno Nacional. Una de las estrategias es fortalecer los Comités para la Erradicación del Trabajo Infantil, de acuerdo con la Estrategia Nacional de Erradicación de Trabajo Infantil y Protección al Joven Trabajador diseñada por el Gobierno Nacional, para lo cual se realizan actividades de sensibilización a lo largo del territorio nacional.

La gráfica ilustra la gestión realizada en torno a la constitución de Comités para la prevención y erradicación del trabajo infantil.

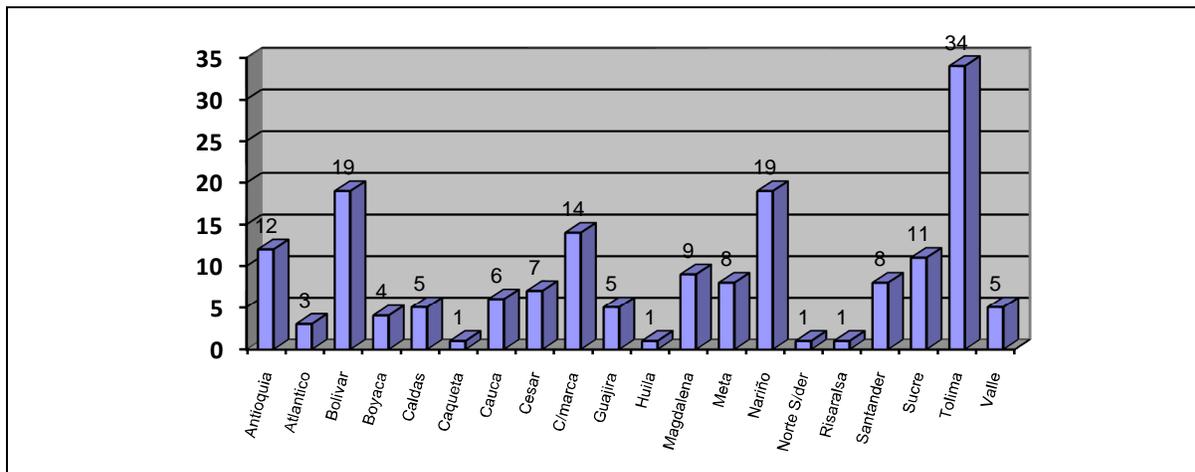


Fuente: DGPL

## Logros

- Concertación tripartita para fortalecer los pasos descritos en la Estrategia para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil, y su inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo.
- Concertación tripartita e implementación del cuaderno de gestión para el funcionamiento del CETI
- Ministerio de Minas, Ingeominas, Coldeportes, Ministerio de Agricultura y Desarrollo rural, se reintegraron al CETI.
- Estudio de actualización de la resolución No. 1677 de 2008, sobre peores formas de trabajo infantil y de actividades riesgosas.
- Liderazgo, por parte de la Dirección de Protección Laboral, de la estrategia 8 del Auto 251 "Erradicación del trabajo infantil", la cual se está desarrollando a través de la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil por parte de los comités departamentales y municipales.
- Elaboración de la resolución No. 2438 de 2010, por la cual se adoptan los formatos de solicitud y autorización de trabajo de niños, niñas y adolescentes.
- 40 Comités Municipales, relacionados en la siguiente grafica:

**Gráfico 10**  
Número de Comités Municipales

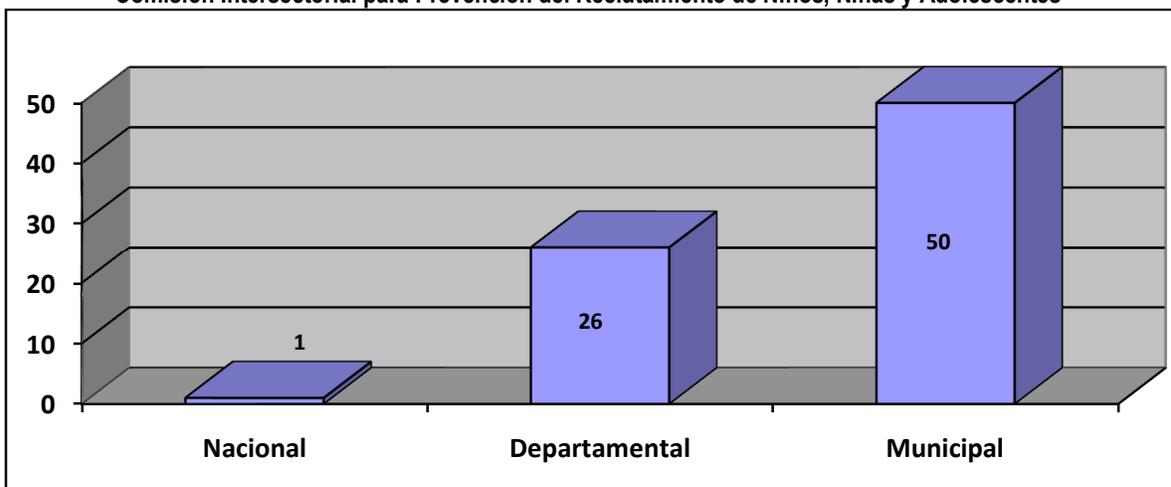


Fuente: DGPL

### Comisión Intersectorial para Prevención del Reclutamiento de Niños, Niñas y Adolescentes

Liderado por la Vicepresidencia de la República, en coordinación con las demás entidades, incluido el Ministerio de Protección Social.

**Gráfico 11**  
Comisión Intersectorial para Prevención del Reclutamiento de Niños, Niñas y Adolescentes



Fuente: DGPL

**Nota:** Este tema a nivel regional se maneja a través de mesas que hacen parte del Consejo de Política Social.

### Logros

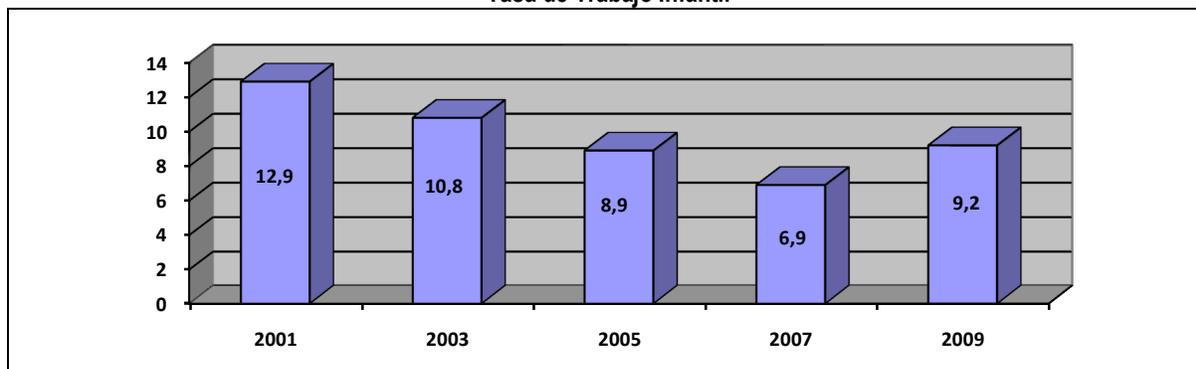
- La comisión se está focalizando en 50 municipios de 26 departamentos que fueron seleccionados a partir de factores de riesgo.
- Participación de la elaboración del Conpes 3673 del 2010.

### Tasa de Trabajo Infantil

Cumpliendo con la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y el Ministerio de la Protección Social (MPS), vienen avanzando en el objetivo de registrar a los NNA en Trabajo Infantil y Peores Formas de Trabajo Infantil; para tal fin, el servidor del Ministerio ha incorporado el Sistema de Registro de Trabajo Infantil (SINTI) y se vienen adelantando procesos de registro de información que entidades públicas y privadas poseen sobre la problemática.

Mediante convenios suscritos entre el DANE, el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, se ha realizado la actualización, comparación y análisis e interpretación de los resultados de trabajo infantil, desde el año 2003 a la actualidad. En el año 2011, el DANE realizó la entrega oficial de los resultados de la tasa de participación en trabajo de los niños, niñas y adolescentes en el país para el año 2009.

**Gráfico 12**  
Tasa de Trabajo Infantil



Fuente: DANE (GEIH)

Como implementación de la política contra la erradicación del trabajo infantil, contenida en el Plan Nacional de Desarrollo y con la Ley de Formalización y Generación de Empleo (1429 de 2010) habrá más recursos para la atención de los jóvenes trabajadores. Las cajas de compensación recibirán más dinero, por la formalización y creación de nuevas empresas. Con los recursos adicionales se fortalecerán los programas de atención a menores trabajadores, en especial a los menores de 14 años que concentra el 46,3% de las niñas y niños que trabajan en el país, mientras el 17,6% corresponde a menores entre 14 y 18 años.

Los recursos adicionales permitirán el desarrollo de estrategias concretas que históricamente vienen desempeñando las cajas, el SENA y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), pero ahora

focalizadas con mayor intensidad a la población infantil que registra los mayores índices de trabajo en Colombia. En este sentido se buscará el fortalecimiento de programas como las jornadas escolares complementarias, que en la actualidad atienden a un millón de niños vulnerables. Esta iniciativa busca ofrecer a las niñas y niños trabajadores espacios lúdicos y de aprendizaje de manera que se reduzcan los espacios para el trabajo infantil.

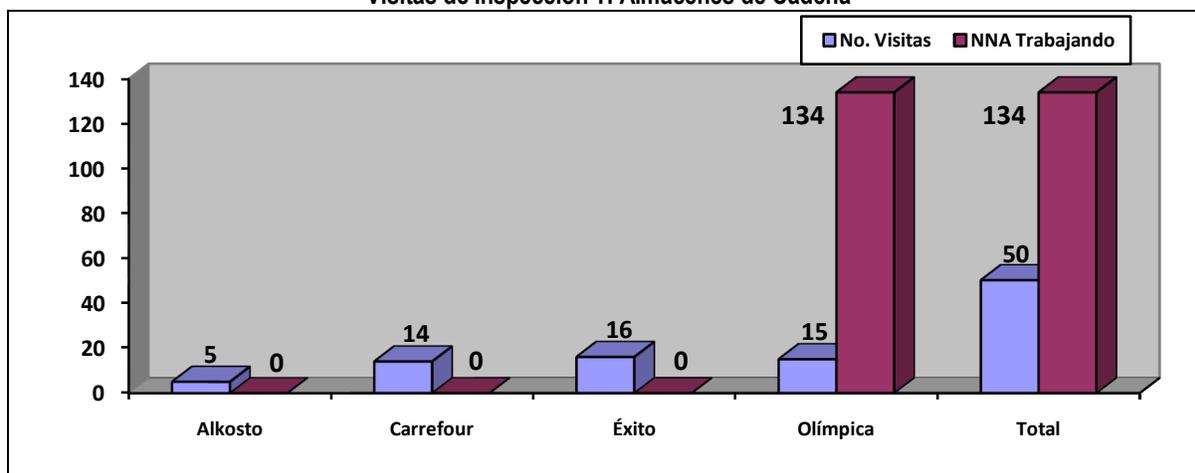
La meta que se propuso el Gobierno Nacional es que al finalizar el presente cuatrienio se haya reducido en 5,1% la cifra de niñas y niños que trabajan en el país.

### Visitas de inspección a almacenes de cadena

El Ministerio de la Protección Social, con el propósito de adelantar acciones para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil, implementó un plan de visitas a los grandes almacenes de cadena, con el fin de verificar la vinculación o contratación de Niños, Niñas y Adolescentes, de indagar por las actividades desarrolladas (especialmente como empacadores), tipo de contratación y afiliación a la seguridad social integral, entre otros.

El plan se desarrolló durante los meses de septiembre y octubre de 2010, se ejecutó en doce (12) Direcciones Territoriales del Ministerio de la Protección Social y con un cubrimiento en diecinueve (19) ciudades capitales y municipales, en las siguientes cadenas de almacenes: ALKOSTO, CARREFOUR, ÉXITO Y SUPERTIENDAS OLÍMPICA (Ver gráfica), siendo estas cadenas las más representativas de las cadenas de supermercados y grandes superficies en Colombia; donde se constató que la contratación se hace a través de cooperativas de trabajo asociado.

**Gráfico 13**  
Visitas de Inspección TI Almacenes de Cadena



Fuente: DGPL

## Riesgos Profesionales

El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene como propósito prevenir, proteger y atender a los trabajadores frente a las contingencias generadas por las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo (ATEP), que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan los colombianos.

A marzo de 2011, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP. La distribución de la afiliación en cuanto a trabajadores es la siguiente: El 62.63% están en ARP privadas y 37.37 % en la ARP Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 26.51% están afiliadas a las ARP privadas y el 73.49% a la ARP Positiva. El porcentaje de distribución tanto de trabajadores como empresas se ilustra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 87**  
Distribución de Afiliados a ARP  
(Marzo de 2011)

Administradora de Riesgos Profesionales- ARP	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
Alfa	66.097	0,92	1.559	0,33
Aurora	5.338	0,07	132	0,03
Bolívar	392.934	5,47	6.169	1,31
Colmena	681.407	9,48	22.864	4,85
Colpatria	796.144	11,08	23.604	5,01
Equidad	285.908	3,98	21.017	4,46
Liberty	482.041	6,71	9.633	2,04
Mapfre	155.536	2,16	1.441	0,31
Positiva	2.685.598	37,37	346.261	73,49
Sura	1.635.788	22,76	38.465	8,16
<b>TOTAL</b>	<b>7.186.791</b>	<b>100</b>	<b>471.145</b>	<b>100</b>

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

## Trabajadores afiliados

Para el cuatrienio 2010-2014, se estableció como meta aumentar en 2.000.000, el número de afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales. En el período comprendido entre julio de 2010 a marzo de 2011, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales pasó de 6.667.837, a un total de 7.186.791, representando un crecimiento del 7.78% (518.954 nuevos afiliados), tal como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

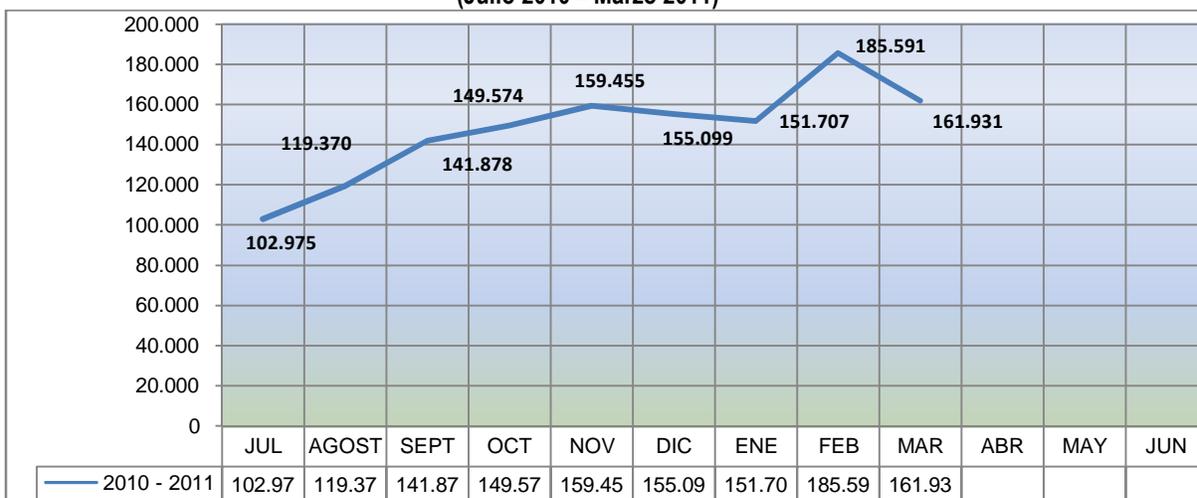
**Gráfico 14**  
Afiliación de los Trabajadores al Sistema General de Riesgos Profesionales  
(Julio 2010 – Marzo 2011)



Fuente: D. G. de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

En cuanto a la cobertura de los trabajadores independientes, en el período julio de 2010 a marzo de 2011, el aumento es de 58.956 afiliados, al pasar de 102.975 a 161.931, respectivamente (ver siguiente gráfico):

**Gráfico 15**  
**Afiliación de Trabajadores Independientes al Sistema General de Riesgos Profesionales**  
**(Julio 2010 – Marzo 2011)**

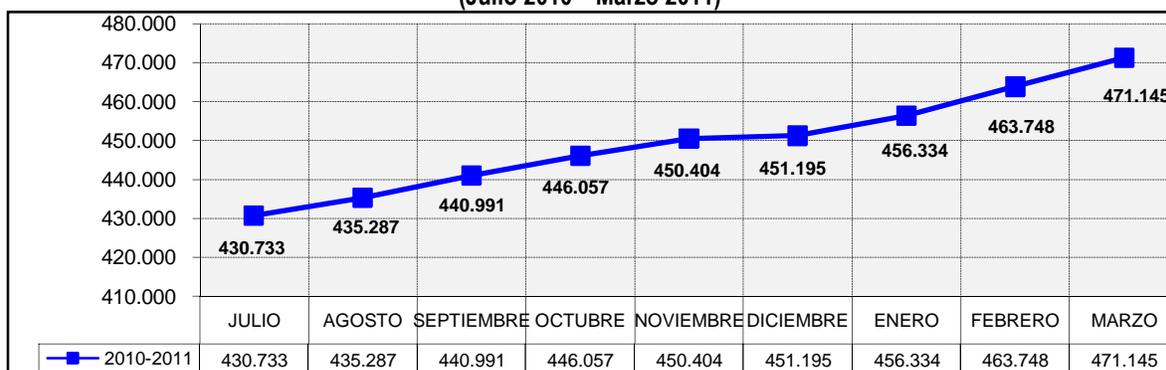


Fuente: D. G. de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

**Empresas afiliadas**

La meta establecida para el cuatrienio 2010-2014, es de 65.000 nuevas empresas afiliadas; se observa que en lo corrido del período julio 2010 – marzo 2011, las empresas afiliadas al Sistema pasaron de 430.733 a un total de 471.145, presentado un aumento de 40.412 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del Sistema para sus afiliados (Ver gráfico siguiente):

**Gráfico 16**  
Empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales  
(Julio 2010 – Marzo 2011)



Fuente: D. G. de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

### Mejoramiento de las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora

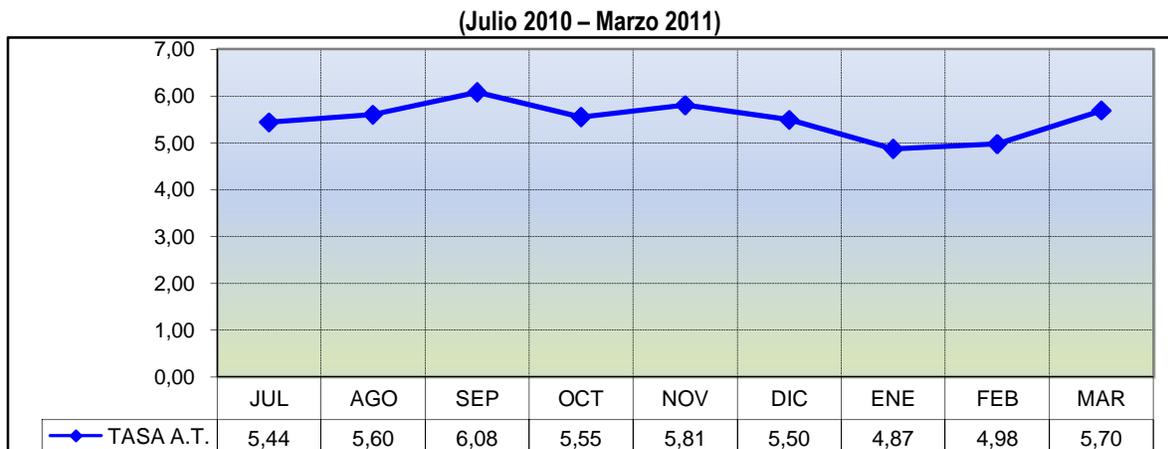
Como indicadores para evaluar el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de la población trabajadora se han definido las tasas de accidentalidad, enfermedad profesional y mortalidad. Es importante resaltar que estos indicadores buscan medir el impacto de las actividades de promoción y prevención.

#### Tasa de Accidentes de Trabajo

La tasa de accidentalidad está dada como una relación del número de accidentes ocurridos en el periodo, respecto a la población afiliada. Es importante que se tenga en cuenta que las tasas presentadas son mes a mes y no tasas anualizadas por mes, por ello se indica el número de accidente por cada 1.000 afiliados (ver gráfico).

Las (5) primeras actividades económicas con mayor incidencia de accidentes de trabajo fueron: obtención y suministro de personal - empresas temporales, construcción de edificaciones para uso residencial, instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas dedicadas a otras actividades empresariales incluye oficinas de negocios varios y empresas de construcción de obras de ingeniería civil.

**Gráfico 17**  
Tasa de Accidentalidad por 1.000 afiliados, mes a mes

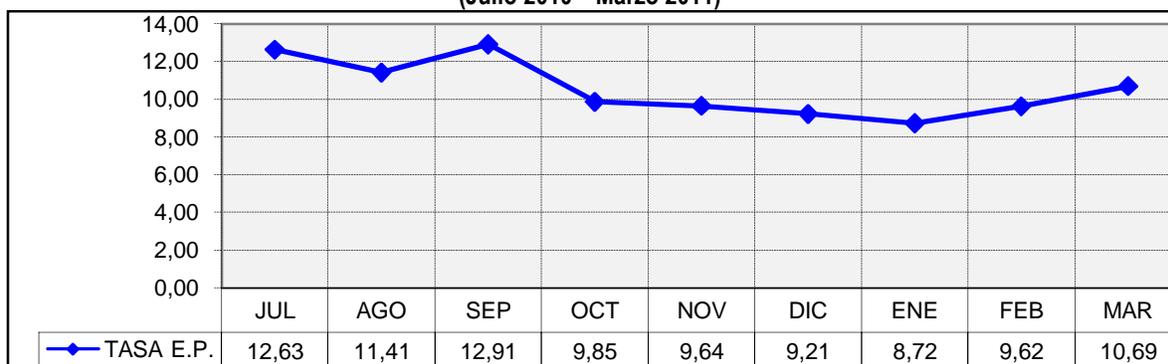


Fuente: D. G. de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

### Tasa de Enfermedad Profesional

La tasa de enfermedad profesional está dada como una relación entre el número de casos calificados como enfermedad profesional en el período, respecto a la población afiliada. En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de la tasa para el período de julio 2010 – marzo de 2011, que explica el número de casos por cada 100 mil trabajadores:

**Gráfico 18**  
Tasa de Enfermedad Profesional por 100.000 afiliados, mes a mes  
(Julio 2010 – Marzo 2011)



Fuente: D. G. de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

Para la vigencia julio 2010- marzo 2011, la mayor incidencia de los eventos calificados como enfermedad profesional se presentaron en las siguientes actividades económicas: floricultura, empresas de la administración pública, instituciones prestadoras de servicios de salud con internación, obtención y suministro de personal - empresas temporales y empresas dedicadas a otras actividades empresariales incluye oficinas de negocios.

### Tasa de Mortalidad

La tasa de mortalidad está dada como una relación entre el número de casos calificados como muertes de origen profesional en el periodo, respecto a la población afiliada. En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de la tasa para el periodo de julio 2010 – marzo de 2011, que explica el número de casos por cada 100 mil trabajadores.

**Gráfico 19**  
Tasa de muertes por 100.000 afiliados, mes a mes  
(Julio 2010 – Marzo 2011)



Fuente: D. G. de Riesgos Profesionales-MPS - Administradoras de Riesgos Profesionales.

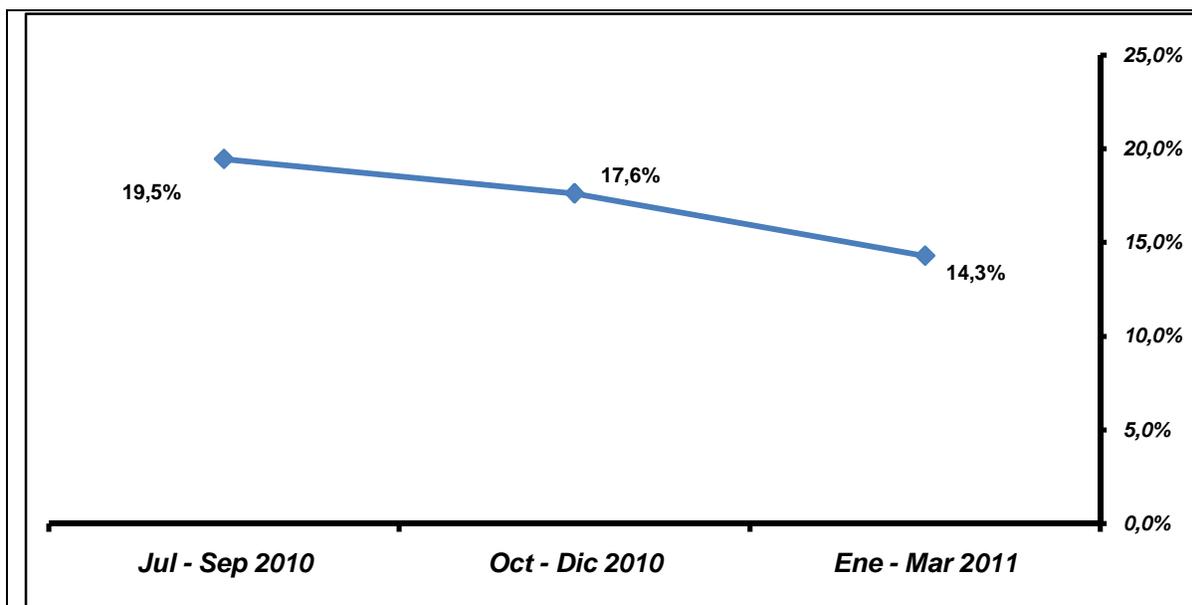
En el periodo de julio de 2010 – marzo 2011, se presentaron 282 accidentes mortales calificados como profesionales, las (5) primeras actividades económicas con mayor incidencia son: empresas dedicadas a la extracción y aglomeración de hulla de carbón, obtención y suministro de personal - empresas temporales, construcción de edificaciones para uso residencial, vigilancia privada y transporte intermunicipal de pasajeros.

### Evasión y Elusión al Sistema General de Riesgos Profesionales

En el período de julio de 2010 – marzo 2011, se adelantan acciones para disminuir la evasión y elusión de aportes en el Sistema General de Riesgos Profesionales, para ello se han desarrollado estrategias como son: campañas de información y visitas a empresas.

La evasión al Sistema General de Riesgos Profesionales disminuyó al pasar de 19.5% en el período julio – septiembre de 2010 a 14.3% a enero – marzo de 2011.

**Gráfico 20**  
Porcentaje de Evasión en el Sistema General de Riesgos Profesionales



Fuente: Encuesta Continua de Hogares – DANE, Administradoras de Riesgos Profesionales, Cálculos D. G. de Riesgos Profesionales-MPS.

### Mejoras propuestas al Sistema General de Riesgos Profesionales

Actualmente cursa en el Honorable Congreso de la República el proyecto de Ley No. 067 de 2010, Senado, *“Por la cual se modifica el sistema de riesgos profesionales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”*. Como antecedente, se tiene el proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional el 9 de abril de 2007 y radicado con el número 256; el proyecto de Ley 103 de 2008, Senado y No. 405 de 2009, Cámara, que no lograron convertirse en ley de la República.

El mencionado proyecto incluye unos artículos que buscan mejorar el funcionamiento del Sistema General de Riesgos Profesionales en aspectos como: mejorar los estándares de promoción, prevención y atención de los riesgos profesionales entre los diversos actores del Sistema en el marco del sistema de garantía de calidad, ampliar cobertura en materia de los trabajadores independientes, intervención en las empresas de alto riesgo y alta accidentalidad, así como, mejorar la gestión de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Adicional a lo anterior, se pretende reglamentar entre otros, aspectos relacionados con el concepto de accidente de trabajo, la afiliación de los trabajadores independientes, la definición de enfermedad profesional, y el ingreso base de liquidación para efectos de liquidar las prestaciones económicas, teniendo en cuenta que varios artículos del Decreto-Ley 1295 de 1994 fueron declarados inexecutable en diferentes sentencias por la Honorable Corte Constitucional.

### Riesgos Profesionales ISS

Mediante escritura No. 03846 del 23 de Noviembre de 2010 de la Notaría 40 de Bogotá y Acta del Comité Operativo del 1° de Septiembre de 2010, se protocolizó el pleno cumplimiento de las obligaciones del contrato por el cual la ARP ISS hizo cesión de activos, pasivos y contratos a título oneroso a la Previsora Vida S.A. (hoy Positiva S.A.)

#### 4.4 DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA ACCEDER AL MERCADO LABORAL

La formación profesional es operada en el SENA a través de 116 Centros de formación, en alianza con empresas, comunidades y gobiernos locales. **La formación por competencias y la formación por proyectos** han sido los criterios fundamentales para garantizar la calidad, pertinencia y equidad.

Durante el 2010 se atendieron 8.219.383 cupos en diversos programas de formación a nivel nacional.

**Cuadro 88**  
Formación Profesional Total Cupos  
Julio 2010 - Abril 2011

Cupos Formación Profesional Integral	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
(1) Cupos en formación profesional integral titulada	967.697	1.278.241
(2) Cupos en formación profesional integral complementaria	7.251.686	6.841.028
(3) Cupos en formación profesional integral Total (1)+(2)	8.219.383	8.119.269

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

#### El SENA presente en los municipios del país

Durante el periodo comprendido entre julio de 2010 y abril de 2011, el SENA brindó permanentemente programas de formación acordes con las necesidades de cada región, haciendo presencia institucional en la totalidad de los departamentos y en el 98% de los municipios del país.

#### El SENA en la Educación Superior

La Entidad continúa fortaleciendo los **programas de educación superior**, 307 en la actualidad, de los cuales 101 cuentan con registro calificado. Durante el 2010 se atendieron los cupos señalados en el cuadro, entre programas técnicos profesionales y programas tecnológicos en todo el país.

**Cuadro 89**  
**Cupos Programas Educación Superior**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Cupos en programas de Educación Superior	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cupos en Formación para Técnicos Profesionales y Tecnólogos	296.686	439.788

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Programa de Articulación con la Educación Media

La Articulación con la Educación Media se realiza dentro de los mismos parámetros de aprendizaje de los centros de formación del SENA. En la vigencia 2010, el programa atendió 4.320 instituciones educativas en 799 municipios con 1.174 programas articulados.

Durante el periodo Julio 2010 - Abril 2011 se han logrado acuerdos concretos con el Ministerio de Educación Nacional, para unificar el modelo de Articulación con la Educación Media y para apoyar a las instituciones educativas articuladas con instructores que ejecutan formación en competencias específicas. En el siguiente cuadro se muestran los resultados obtenidos.

**Cuadro 90**  
**Cupos Articulación con Educación Media**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Programa Articulación con la Media	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cupos Articulación con la Educación Media	281.833	393.304

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Contrato de Aprendizaje

La figura del Contrato de Aprendizaje, ajustada con la reforma a la empleabilidad en diciembre de 2002 (Ley 789 de 2002), ha permitido una verdadera participación de los empresarios en los procesos de coformación de los aprendices.

**Cuadro 91**  
**Cuotas y Contratos de Aprendizaje**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Contrato de Aprendizaje	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cuotas de aprendizaje reguladas en las empresas	99.296	101.030
Alumnos con contratos de aprendizaje	154.744	148.747

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Dirección de Promoción y Relaciones Corporativas

**Formación Virtual [www.SENAvirtual.edu.co](http://www.SENAvirtual.edu.co)**

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)**. El SENA cuenta con la plataforma de gestión del aprendizaje de la compañía Blackboard, líder a nivel mundial en los procesos de E-Learning.

**Cuadro 92**  
**Cupos Formación Virtual**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Formación virtual	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cupos formación virtual	3.909.437	3.430.340

Fuente: SENA - Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

**Programa de Bilingüismo**

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, independiente de su nivel, puede inscribirse y adelantar su proceso de formación de manera flexible y de acuerdo con su disponibilidad de tiempo.

En el marco del Programa de Transformación Productiva, liderado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el SENA a partir del segundo semestre de 2010, impulsó la oferta de los programa **de Inglés, Francés, Chino Mandarín y Portugués**, con especial énfasis en el sector productivo, que requiere de estas competencias en sus estructuras de negocios, para mejorar la competitividad de sus productos a nivel internacional.

**Cuadro 93**  
**Cupos Programa Bilingüismo**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Programa de Bilingüismo	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cupos en el Programa de Bilingüismo	1.339.318	1.148.645

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Aulas Móviles

En el marco del Programa de Modernización Tecnológica de las Comunicaciones de los Centros de formación y con el propósito de llevar capacitación y formación a las poblaciones más apartadas del país, que por razones geográficas de tiempo y espacio no pueden acceder a los programas regulares que se imparten, el SENA amplió su cobertura a través de Aulas Móviles.

Las 398 aulas móviles que existen, se instalan transitoriamente en sitios geográficos determinados para que expertos de la Entidad impartan formación y permitan desarrollar habilidades de investigación, planeación y evaluación de proyectos a diferentes comunidades y sectores económicos del país.

**Cuadro 94**  
**Cupos Aulas Móviles**  
**Julio 2010 - Abril 2011**

Aulas Móviles	Ejecución	
	2010	Jul-2010/Abril-2011
Cupos Aulas Móviles	136.926	146.569

Fuente: SENA- Grupo Gestión de la Información - Sofía Plus

### Red de Tecnoparques

Proyecto liderado por el SENA 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.

A Abril de 2011, la Red TecnoParque Colombia cuenta con 9 nodos en funcionamiento, y tres TecnoParques Móviles dotados con tecnología de punta.

### Programa Tecno Academia

A la fecha el SENA tiene en funcionamiento la Tecno Academia de Cazucá adscrita al Centro Industrial y de Desarrollo Industrial de Soacha, que se ha constituido como modelo para el diseño de nuevas TecnoAcademias en otras zonas del país.

Durante el año 2010 Tecno Academia Cazucá se capacitaron 927 jóvenes, de 6 a noveno grado, de las localidades de Cazucá, Soacha, Bosa, Ciudad Bolívar y Kennedy.

En agosto de 2010 entro en funcionamiento una nueva Tecno Academia en la Regional Antioquia, adscrita al Centro de Servicios.

#### **4.5 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL SECTOR TRABAJO**

##### **Ministerio del Trabajo**

La Ley 1444 de 2011 ordenó la reorganización del Ministerio de la Protección Social para pasar a denominarse Ministerio del Trabajo. Esta Ley le estableció, entre sus responsabilidades, las del fomento y estrategias para la creación permanente de empleo estable, con las garantías prestacionales, salariales y de jornada laboral aceptada y suscrita por el Estado Colombiano con la Organización Internacional del Trabajo – OIT-.

La estructura orgánica del Ministerio del Trabajo y el papel del mismo como órgano rector, dados los retos que enfrentará, exigen una institución con gran capacidad de gobierno basada, más allá de la asignación de funciones y competencias, en el liderazgo y su efectiva incidencia en los temas que determinan las condiciones de ingreso, estabilidad y respeto de los derechos del trabajo en el mundo laboral, así como en la convocatoria y confianza que imprima a las relaciones entre los trabajadores y los empleadores en la búsqueda de mecanismos democráticos de diálogo destinados a crear escenarios novedosos en los cuales las acciones, de unos y otros, contribuyan al crecimiento económico y al desarrollo de una vida digna, bajo el lema que el Estado impulsará y hará respetar las iniciativas y el ejercicio del trabajo decente.

##### **Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control en trabajo**

En el segundo semestre 2010 se desarrollaron las acciones dirigidas a fortalecer el esquema de prevención del Sistema de IVC, entre los cuales podemos mencionar las siguientes: se realizaron 30 visitas por parte de este Despacho a las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales de Trabajo con el objeto de hacerle el seguimiento al fortalecimiento del sistema de inspección laboral, se llevaron a cabo 5 seminarios dirigidos a los servidores públicos de las Direcciones Territoriales.

Así, con la expedición del Decreto 1128 del 2011 y con la Resolución 1286 del 2011, se ha avanzado en el fortalecimiento del recurso humano ya que por un lado se incrementa la planta en cien (100) cargos de Inspector de Trabajo y por otro lado se amplía la capacitación especialmente para que cumplan la función de inspección en las Cooperativas de Trabajo Asociado. De hecho, en 2011 se han adelantado tres (3) seminarios dirigidos a cien (100) Inspectores de Trabajo en Derecho Laboral y Seguridad Social. Estas capacitaciones se llevaron a cabo en la Universidad Nacional de Colombia.