



Informe al

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2014 – 2015

Sector Administrativo de Salud y Protección Social

Bogotá, D.C., agosto de 2015

**República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social**

**Informe 2014-2015
Sector Administrativo de Salud y Protección Social**

**Al
Honorable
Congreso de la República**

Edición y consolidación:
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Diseño de la portada:
Grupo de Comunicaciones

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN
Presidente de la República de Colombia

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Luis Gabriel Fernández Franco
Director Jurídico

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

Sandra Liliana Silva Cordero
Jefe Oficina de Control Interno

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

Germán Escobar Morales
Jefe Oficina de Calidad

Juan Pablo Corredor Pongutá
Jefe Oficina de Promoción Social

Mario Fernando Cruz Vargas
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Ricardo Adolfo Amórtegui González
Grupo de Comunicaciones

Jaime Eduardo Matute Hernández
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Martha Lucía Ospina Martínez

Directora de Epidemiología y Demografía

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Director de Promoción y Prevención

José Fernando Arias Duarte

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Luis Carlos Ortiz Monsalve

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Javier Humberto Guzmán Cruz

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Maribel del Socorro Posada Sánchez

Directora U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

José Luis Ortiz Hoyos

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

Félix Régulo Nates Solano

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

Omar Hernán Guaje Miranda

Director de Financiamiento Sectorial

Álvaro Rojas Fuentes

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

SECRETARÍA GENERAL

Martha Ruby Narváez Otero

Subdirección de Gestión de Operaciones

Ivonne Yadira Gamboa Vesga

Subdirección Administrativa

Manuel José Canencio Maya

Subdirección Financiera

Nohora Teresa Villabona Mujica

Subdirección de Gestión del Talento Humano

Consuelo García Tautiva
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

**ENTIDADES ADSCRITAS Y VINCULADAS
AL SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

Norman Julio Muñoz Muñoz
Superintendente Nacional de Salud

Blanca Elvira Cajigas de Acosta
Directora General Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA

Mancel Enrique Martínez Durán
Director (E) General Instituto Nacional de Salud–INS

Claudia Marcela Rojas Daza
Directora General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Carolina Weisner Ceballos
Directora (E) General Instituto Nacional de Cancerología

Esperanza Inés Rojas Gutiérrez
Gerente Sanatorio de Agua de Dios

Jesús Alfonso Suárez
Gerente Sanatorio de Contratación

Francisco Álvaro Ramírez Rivera
Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República–FONPRECON

Jaime Luis Lacouture Peñaloza
Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Luisa Fernanda Tovar Pulecio
Directora General Caja de Previsión Social de Comunicaciones–CAPRECOM

**INFORME AL CONGRESO
2014- 2015**

SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CONTENIDO

INTRODUCCION

1.	ASEGURAMIENTO, AFILIACION E INNOVACIONES AL MODELO DE SALUD..	19
1.1	Régimen subsidiado de salud y régimen contributivo de salud.....	19
1.2	Innovaciones al modelo de salud y al aseguramiento.....	23
1.3	Unificación del plan de beneficios (POS).....	24
1.4	Actualización del plan de beneficios.....	24
1.5	Afiliación y uso de los servicios de salud.....	27
1.6.	Pensiones y riesgos laborales.....	39
2.	SALUD PÚBLICA – PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	45
2.1	Prevención y control de enfermedades transmisibles	45
2.2	Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano-VPH.....	46
2.3	Plan Decenal de Salud Pública	52
2.4	Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	62
2.5	Salud Sexual y Reproductiva–SSR.....	70
2.6	Vida saludable y condiciones no transmisibles	73
2.7	Salud mental y convivencia social.....	82
2.8	Farmacodependencia.....	85
2.9	Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN.....	86
2.10	Seguridad sanitaria y ambiental.....	95
2.11	Salud bucal	100
2.12	Investigaciones en Salud.....	101
3.	COMPONENTES DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	107
3.1	Guías de Práctica Clínica - GPC.....	107
3.2	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.....	108

3.3	Sistema de evaluación del SGSSS	109
3.4	Sistema Único de Habilitación	110
3.5	Sistema Único de Acreditación.....	111
3.6	Planes de Gestión de las IPS	112
3.7	Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios..	113
3.8	Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS	113
3.9	Redes de Prestación de Servicios de Salud.....	114
3.10	Prevención y atención en emergencias y desastres	114
3.11	Infraestructura física y dotación hospitalaria	118
3.12	Telemedicina.....	119
3.13	Gestión de Información Asociada a la Prestación de Servicios	120
3.14	Tecnologías en Salud	121
3.15	Prevención y control del cáncer	124
3.16	Desarrollo del talento humano en salud.....	125
4.	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	140
4.1	Sistema de Información - SISPRO	140
4.2	Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión	143
4.3	Modelo integrado de Planeación y Gestión.....	144
5.	SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD.....	145
5.1	Gastos por eventos no incluidos en el Plan de Beneficios	145
5.2.	Controles de precios de medicamentos, biotecnológicos y dispositivos médicos	147
5.3	Comportamiento de los recursos del sector salud	148
5.4	Mejoramiento del flujo de recursos.....	152
5.5	Saneamiento y compra de cartera	155
5.6	Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación de la UPC...	162
6.	PROMOCIÓN SOCIAL.....	165
6.1	Primera infancia, niños, niñas y adolescentes	165
6.2	Víctimas del conflicto armado (incluye Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI).....	165
6.3	Poblaciones con discapacidad	168
6.4	Población inimputable por trastorno mental	169
6.5	Mujer y género	170
6.6	Persona mayor, vejez y familia	171
6.7	Grupos étnicos	172
6.8	Estrategia de Superación de la Pobreza Extrema.....	176

7.	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD	177
7.1	Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud	177
7.2	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del INVIMA	184
7.3	Vigilancia en Salud Pública	189
7.4	Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes-FNE	192

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República de Colombia el Informe del Sector Administrativo de Salud y Protección Social, el cual contiene los principales resultados de la gestión realizada para el periodo comprendido entre junio 2014 a mayo de 2015, con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado en la Constitución Política la cual establece que “(...) los ministros y los directores de departamentos administrativos presentarán al Congreso (...) informe sobre el estado de los negocios adscritos a su ministerio o departamento administrativo (...)”.

En primer lugar, es importante señalar que hace un par de décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); en 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección mientras que el aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente. Una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios de salud de los colombianos más pobres contribuye al cierre de las brechas sociales y protege financieramente a millones de hogares. En la actualidad, se estima que el 97% de la población (más de 46 millones de colombianos) se encuentran asegurados en salud, cifra histórica para ese indicador y considerada como una cobertura prácticamente universal.

En el régimen subsidiado el número de afiliados supera los 23 millones de personas. El régimen contributivo se acerca a los 21 millones de afiliados y existe un estimado de más de 2 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados. Es importante destacar que sólo en estos últimos doce meses se registraron un millón doscientos trece mil nuevos afiliados, de los cuales 355 mil corresponden al régimen subsidiado y 858 mil al contributivo.

En cuanto a este logro, hay que resaltar el inmenso esfuerzo en inversión que ello implica, no sólo como consecuencia del crecimiento de la población colombiana, sino también de la actualización anual del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada afiliado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para garantizar los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para la UPC promedio que rige en 2015, este incremento fue de 6.06%, decisión adoptada mediante el Decreto 1664 de 2014 y que, acompañada de ajustes adicionales por reconocimiento de mayores costos para la atención de poblaciones especiales como son la carcelaria, indígena y la raizal de San Andrés, se constituye en un paso más hacia la equidad en Colombia.

Así mismo, se destacan los continuos avances en la aplicación de la actualización, ampliación e igualación entre los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo. Mientras que en la década anterior existían grandes inequidades entre estos dos regímenes, ahora los colombianos acceden a los mismos servicios y tecnologías en salud contenidos en el POS, sin diferencias de clases. En los meses más recientes, con la Resolución 5968 del 2014, el Ministerio inició un plan piloto para Bogotá, Medellín, Cali y

Barranquilla, para igualar también los pagos que hace el Estado por los afiliados de los dos regímenes.

No obstante que estos logros del SGSSS hoy son ampliamente reconocidos¹, para los próximos años se debe continuar con los avances en temas fundamentales como acceso, calidad, oportunidad, equidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema, particularmente teniendo como referente la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), la cual es la primera de este tipo para un derecho social fundamental.

Los aspectos particulares a resaltar de esta Ley tienen que ver con la atención de urgencias sin requerir autorizaciones administrativas, la política farmacéutica –incluido el control de precios de medicamentos– la cual se elevó a política de Estado, la autonomía médica bajo esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica así como los mecanismos de exclusión y ampliación progresiva de beneficios.

A partir de este marco, se han ejecutado reformas graduales y se han desarrollado diversas estrategias que se pueden resumir en varios frentes: los avances normativos e innovaciones al modelo de salud; la política farmacéutica; la salud pública; el apoyo a las regiones mediante la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria; la calidad; el saneamiento y la estabilización financiera del Sistema y el fortalecimiento de las entidades del sector (las cuales se describirán a continuación). Así mismo, se han establecido nuevas iniciativas según los objetivos propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, recientemente aprobado por el H. Congreso de la República mediante la Ley 1753 de 2015.

Avances normativos e innovaciones en el Sistema de Salud

En cuanto a los avances normativos al Sistema, es pertinente mencionar que antes de la reglamentación del Decreto-Ley 019 de 2012, los jóvenes de 18 a 25 años con padres cotizantes, que no se encontraran estudiando, estaban desprotegidos en salud. Con la expedición del Decreto 1164 de 2014 se da la oportunidad a cerca de 1,5 millones de jóvenes de estar cubiertos como beneficiarios de sus padres, estén o no estudiando. Con esta y otras medidas contempladas en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se pretende aumentar la cobertura y el acceso para este segmento de la población.

Por otra parte, con el fin de seguir eliminando las barreras al derecho a la salud en todo el territorio nacional, se continuó implementando la movilidad entre regímenes (los

¹ Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) “Colombia tiene un sistema de salud bien diseñado, con políticas e instituciones eficaces de las que otros países podrían aprender. La experiencia colombiana merece ser más conocida a nivel internacional”. Por su parte, la Organización Internacional para el Trabajo (OIT) destaca que “Colombia ha alcanzado logros impresionantes en cuanto a la extensión de su sistema de salud; es una prueba concreta de que la universalización de la salud es factible, incluso en los países en desarrollo”. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de salud colombiano ocupa el primer lugar en Latinoamérica, el vigésimo segundo a nivel mundial y es el primero en cuanto a la equidad en el financiamiento.

colombianos de niveles I y II del Sistema de Identificación de Beneficiarios–SISBEN hoy pueden moverse entre el régimen subsidiado y el contributivo sin cambiar de EPS), así como en la portabilidad nacional de la seguridad social en salud (actualmente los colombianos pueden acceder a los servicios de salud a través de su misma EPS, en cualquier municipio). Cientos de miles de personas ya se han beneficiado de estas medidas.

Teniendo en cuenta los retos adicionales que tienen que enfrentar las zonas con población rural dispersa, se sancionó el Decreto 2561 de 2014 por el cual se establece un nuevo modelo de atención integral en salud para zonas dispersas o apartadas. Inicialmente, se emprendió un nuevo modelo piloto en el departamento de Guainía. Se espera extender este modelo, por ejemplo, a otras regiones como Vaupés, Chocó y la Alta Guajira.

De manera complementaria, en el articulado del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se definió un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que oriente a todos los agentes del Sistema en la forma en que debe ser atendida la población. Bajo este modelo, las atenciones se realizarán en el entorno familiar, social y comunitario. Se implementarán rutas de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes, juventud, trabajadores y la tercera edad. Igualmente existirán rutas para la población que tiene un riesgo específico de enfermarse o que ya tiene un daño en la salud. Con el MIAS se fortalecerán los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. La coordinación estará, en lo posible, a cargo de médicos especialistas en medicina familiar de manera que se aumente la capacidad resolutoria y se pueda responder a las necesidades de la población.

Desde el aseguramiento debe primar un enfoque de gestión del riesgo en salud, el cual busca priorizar la prevención, de tal forma que se minimice el riesgo y mitigue el daño de los afiliados. Por su parte, el Ministerio de Salud implementará mecanismos de incentivos para todos los agentes del sistema, de manera que las acciones, desde el aseguramiento y la prestación, estén dirigidas primordialmente a garantizar el bienestar y la salud de la población en su territorio.

Adicionalmente, el Ministerio reglamentó la prestación del servicio de salud en los lugares donde solo el Estado puede hacerlo, es decir cuando la oferta se deriva de la infraestructura pública en departamentos a los cuales únicamente se accede por vía marítima, fluvial o aérea. Según el Decreto 2273 de 2014, departamentos como San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberán determinar en el plan financiero territorial de salud los recursos disponibles del Sistema General de Participaciones (SGP) y otros propios para sufragar tales servicios. Así, permite realizar transferencias de este tipo de recursos para subsidiar la prestación del servicio de salud de manera directa. Además, los entes territoriales que asignen tales recursos podrán ejecutarlos para que el servicio sea prestado por las Empresas Sociales del Estado (ESE) o las instituciones prestadoras de salud (IPS) que gestionen la infraestructura pública de propiedad de las ESE.

Por otra parte, con la expedición del Decreto 2702 de 2014 se actualizaron y unificaron las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el

aseguramiento en salud. Con esto se busca contar con unas EPS cada vez más sólidas y proteger en mayor medida los recursos del Sistema. En este sentido, se definen las condiciones financieras mínimas para garantizar que las EPS cuenten con el patrimonio necesario, de manera que puedan cumplir con el pago de sus deudas y sobre todo prestar los servicios de salud con calidad y oportunidad.

Otra innovación ha sido la creación y conformación, a través de los Decretos 2478 de 2014 y 304 de 2015, de una instancia de coordinación y asesoría dentro del SGSSS, como un espacio de diálogo para fortalecer la formulación, regulación, supervisión, evaluación y seguimiento la política pública sectorial. Esta instancia de coordinación y asesoría, presidida por el Ministro de Salud y Protección Social, promueve la participación de entidades públicas nacionales y territoriales, entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los empleadores, los empresarios sectoriales, los profesionales y trabajadores de salud, los usuarios de los servicios de salud, así como de las instituciones de investigación que puedan aportar al desarrollo y fortalecimiento del Sistema.

Asimismo, en el articulado del Plan de Desarrollo 2014-2018 se creó una entidad que estará a cargo de administrar centralizadamente los recursos destinados a la financiación del aseguramiento en salud. Promoverá una estructura de financiamiento más sencilla, tendrá control directo sobre el flujo de los recursos y el sistema de información relacionado, con lo cual: i) se minimizarán los riesgos de dobles pagos; ii) se garantizará mayor eficiencia en el flujo de los recursos; y iii) se podrá hacer un mayor seguimiento a los recursos que financian el aseguramiento en el orden territorial. Un mayor control y seguimiento se traduce en mayor protección a los recursos del sistema de salud. Esta estrategia mejorará la transparencia en el manejo de los recursos y fortalecerá la medida de giro directo de recursos a hospitales.

Política Farmacéutica

En lo correspondiente a la política farmacéutica, definida en el Conpes 155 de 2012, se destacan los avances relacionados con el control de precios de medicamentos, dispositivos médicos y la regulación de los biotecnológicos. Esta política ya está siendo reconocida internacionalmente por otros países.

En primera instancia, en lo relacionado con el control de precios y utilizando la nueva metodología de referenciación internacional de precios en 17 países, se ha alcanzado la cifra de mil medicamentos regulados y una caída promedio de los precios del orden del 40%. Los ahorros obtenidos en aplicación de la política ya superan el billón de pesos, los cuales podrán ser reinvertidos en la salud de los colombianos.

En el caso de los dispositivos médicos, las deficiencias de información de precios y la complejidad de su caracterización dificultan el establecimiento de una metodología única para la aplicación de la regulación de precios, que sea uniforme para todos los dispositivos. En este sentido, el Ministerio emprendió un plan piloto de control de precios de dispositivos médicos, específicamente relacionado con una propuesta de metodología de regulación

para los dispositivos endovasculares coronarios. Como resultado del piloto, se incluyeron los stents medicados en control directo de precios y se les estableció un precio tope. Así mismo, se incluyeron todos los dispositivos coronarios en el régimen de libertad vigilada y se establecieron los requisitos para el reporte de precios de los mismos. Los beneficios de esta medida consisten en una reducción en los precios de los stents medicados de aproximadamente 30% y un ahorro para el Sistema de Salud de alrededor de \$14 mil millones.

Otro avance importante de la política farmacéutica tiene que ver con expedición del Decreto 1782 de 2014 que regula el registro sanitario de los medicamentos biotecnológicos, es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos, estimula su competencia y elimina barreras de acceso innecesarias. Como resultado de esta regulación, se esperan reducciones de entre 30 y 60 por ciento en los precios. Igualmente se espera que los pacientes que padezcan de enfermedades denominadas 'raras' o 'catastróficas' tengan la posibilidad de disponer de alternativas terapéuticas de igual calidad por un menor precio. El decreto surtió un amplio y abierto proceso de consultas públicas que terminaron en agosto de 2014. En este proceso participaron laboratorios farmacéuticos y sus agremiaciones, colegios de profesionales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), organizaciones de pacientes, la Iglesia Católica, sociedades científicas, universidades y ciudadanos.

Salud pública

En materia de salud pública, promoción y prevención, se destacan los grandes esfuerzos realizados en vacunación. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en cobertura como en el número de biológicos incorporados en el esquema de vacunación. Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el esquema de vacunación colombiano se sigue consolidando como uno de los mejores de la región y del mundo. Dando continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes y Virus del Papiloma Humano-VPH, que introdujo el gobierno actual y con la inclusión de la vacuna gratuita contra la varicela, se aumentó el número de biológicos pasando de 19 a 20 en el último año.

Al cierre de 2014 se lograron coberturas en vacunación superiores al 90%. La cobertura en niños y niñas menores de 1 año con DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos) alcanzó el 90,3% y la de niños y niñas de 1 año con Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) el 91,2%. Por otra parte, tan sólo un par de años después de introducida la vacuna del VPH (en 2012) Colombia ha logrado las más altas coberturas en el mundo superando 3 millones de niñas, adolescentes y mujeres vacunadas desde el inicio de la operación. Sobre este particular, es importante mencionar que el Ministerio no escatimó esfuerzos para investigar la presunta relación entre la vacuna y los síntomas que presentaron algunas niñas de ciertas comunidades en el caso del departamento de Bolívar, sin que se encontrara como resultado de las investigaciones, evidencia de relación directa o indirecta entre la vacuna y los síntomas presentados.

Otro tema de salud pública abordado en la gestión del sector durante el último año fue la amenaza del Ébola. Aunque no existe evidencia de circulación de este virus en Colombia, ni de los murciélagos que actúan como reservorios (y por lo tanto la transmisión autóctona del virus a partir de este ciclo no es posible), el Ministerio estableció oportunamente los “Lineamientos para la preparación y respuesta ante la eventual introducción de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Colombia” los cuales permitirán adoptar y fortalecer las acciones en los componentes de coordinación, organización sectorial e intersectorial, vigilancia en salud pública, diagnóstico por laboratorio, comunicación del riesgo, atención de casos y protección del personal de salud, frente a la posible llegada de casos al país. Estos lineamientos difundidos por el Ministerio mediante Circular Conjunta No. 56 de 2014 son de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional e involucran a múltiples entidades.

En cuanto a la introducción del virus del Chikunguña en el país, se elaboró y difundió oportunamente el Plan Nacional de Respuesta ante esta enfermedad, donde los demás actores gubernamentales intervinieron con sus acciones específicas desde otros sectores, para lograr impactar el vector: mosquitos *aedes aegypti* y *aedes albopictus*. El virus afectó inicialmente el norte del país, la región santandereana y se propagó por los valles de los ríos Magdalena y Cauca. De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) se han confirmado más de 200 mil casos en todo el país, siendo los departamentos de Bolívar, Córdoba, Huila, Norte de Santander, Sucre y Tolima los que presentaron mayor afectación por el virus. Más de la mitad de los municipios que se encuentran ubicados por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar, han resultado afectados.

Ante esta situación, se emprendió una estrategia de gestión integrada para el control del vector, no se ahorraron esfuerzos para contrarrestar el impacto de la enfermedad y se realizaron transferencias de recursos a las entidades territoriales, en el marco del programa de enfermedades transmitidas por vectores, en insumos, larvicidas, adulticidas y toldillos. No obstante las dificultades que trae una epidemia de este tipo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene al país como ejemplo en el manejo y control del Chikunguña en las Américas.

El Ministerio también ha participado activamente en la discusión pública de otros temas relacionados con la salud y construyendo evidencia científica frente temas como el uso medicinal de la marihuana, la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo, la interrupción voluntaria del embarazo, los efectos en la salud por la aspersión con glifosato y la eutanasia.

Inversión hospitalaria

Con esta inversión se ha buscado fortalecer las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas, para lograr un mejor acceso, servicio y calidad. Es así como, tan sólo en el último año se han invertido alrededor de 200 mil millones de pesos para dotación, equipos médicos

e infraestructura de los hospitales públicos de cientos de municipios, lo cual incluye la asignación (mediante Resolución 2078 de 2015) de \$49 mil millones del proyecto de fortalecimiento de la capacidad instalada, el cual contó con nuevos recursos obtenidos de la mano del Congreso bajo la discusión del Presupuesto General de la Nación, así como la asignación realizada en el marco de la estrategia de Contratos Plan (de manera coordinada con el Departamento Nacional de Planeación) para proyectos hospitalarios como los de Cravo Norte (Arauca), Vigía del Fuerte (Antioquia) y Floridablanca (Santander).

Calidad

Para mejorar la calidad se destacan 17 nuevas guías de atención integral en temas de interés para el país entre los que se encuentran enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, enfermedades infecciosas y huérfanas. Las anteriores guías se suman a las 25 que ya se habían promulgado en los años recientes en temas como salud infantil, materna e infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, desde la adopción del Plan Decenal de Cáncer se han visto mejoras sustanciales. Por tan sólo citar un ejemplo, mientras que en 2013 el 66,8% de los casos de cáncer de cuello uterino reportados se diagnosticaron *in situ*, para 2014 se estima que 78,2% de los casos reportados fueron diagnosticados de esta manera. Otro aspecto a resaltar es el éxito obtenido en la estrategia de seguimiento particular a los casos de cáncer infantil, la cual persigue el mejoramiento en la oportunidad del tratamiento y la superación de esta enfermedad.

Sostenibilidad

De manera paralela a estos resultados, se ha avanzado en la solución de los graves problemas financieros del sector que amenazaban su sostenibilidad. Los esfuerzos realizados han buscado la construcción de un sistema sostenible y capaz de atender las necesidades de la población.

Las medidas principales que comprenden la estrategia de estabilización, tienen que ver con los valores máximos de recobro (VMR) y el control de precios de medicamentos reseñado más arriba (política farmacéutica), la determinación y pago de deudas con recursos de cuentas maestras y otras fuentes, el pago de deudas de NO POS a las EPS, un flujo más eficiente de los recursos – entre lo que se destaca el giro directo a hospitales y de los cobros a las IPS–, la compra de cartera a hospitales públicos y privados, así como la habilitación de recursos nuevos para el sistema de salud.

En cuanto a los cobros y la simplificación de procesos, es importante destacar que durante los últimos meses se puso en operación el modelo de radicación en línea. Bajo este nuevo sistema, no solo se hace más rápido y eficiente el proceso de cobro, sino que también es posible para las entidades cobrantes, subsanar invalidaciones oportunamente. En esta misma línea, se ajustaron los Comités Técnicos Científicos (CTC)

para que pudieran trabajar de forma armónica con este nuevo sistema. En este sentido, mientras que en 2005 el 52% de las solicitudes de recobro eran por fallos de tutela, éste valor se redujo a 12% por ciento en 2014. Así, actualmente la mayor parte de las solicitudes (88%) provienen de autorizaciones realizadas por el CTC en contraste con las que tienen orden judicial.

Durante el último año también se dio continuidad a los procesos de aclaración y saneamiento de cuentas entre IPS, EPS y entidades territoriales. Por otra parte, el giro directo de los recursos de la Nación alcanzó los \$25 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En promedio, más del 70% de los giros de la Nación están llegando directamente a las IPS y de manera oportuna.

Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera a las IPS con cargo a la subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA. Desde su implementación, esta compra supera el billón de pesos, mejorando la situación financiera de cientos de clínicas y hospitales a lo largo del país.

Producto de este tipo de iniciativas, se destaca el hecho que durante el último año 321 Empresas Sociales del Estado (ESE) bajaron de nivel de riesgo o salieron de él. Así, de las 953 ESE del orden territorial que funcionan actualmente en el país, 74% (708 hospitales) se encuentran sin riesgo financiero o con riesgo bajo. Es decir que la gran mayoría de los hospitales públicos evidenciaron una significativa mejoría en sus finanzas. Este indicador tan sólo alcanzaba el 40% hace doce meses. De las 321 ESE que mejoraron su nivel de riesgo, 176 cuentan con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y deberán seguir cumpliendo con las medidas contempladas en dichos programas.

Estos resultados se asocian, entre otras razones, al compromiso de los administradores de las Empresas Sociales del Estado, el apoyo a entidades territoriales, el mejoramiento del flujo de recursos, el saneamiento de cartera previsto en las leyes 1587 de 2012 y 1608 de 2013, así como la implementación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero. También obligan a mantener los esfuerzos en la gestión de las propias ESE, en las disposiciones legales recientemente aprobadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, en las iniciativas legislativas que para el efecto se tramitan en el Congreso, así como en otros desarrollos normativos que se consoliden para el mejor desempeño del Sistema.

Próximos retos

Es fundamental mantener lo que sea ha logrado, a la vez que se construye más equidad y se garantiza un sistema de salud que permita a los colombianos tener una vida más larga y saludable. En este sentido, los logros mencionados también implican nuevos retos (que han sido incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018) relacionados con la mejora de los resultados en salud y la equidad en el acceso, una transición hacia un mejor modelo de salud, más cercano a la gente, con mayor oportunidad y calidad. Así mismo, los

objetivos planteados se refieren a la recuperación de la confianza y legitimidad del Sistema y a garantizar su sostenibilidad. Esta consolidación requiere el afianzamiento de algunas de las políticas puestas en marcha en los años más recientes y el diseño e implementación de reformas sucesivas al SGSSS, vía reglamentación.

Para mejorar los resultados en salud, cerrar las brechas entre regiones y grupos socioeconómicos (que aún siguen siendo importantes), al igual que para promover equidad en el acceso a los servicios sanitarios y la calidad, se espera consolidar la cobertura universal, continuar las innovaciones normativas al sistema de salud, facilitar la afiliación, desarrollar el modelo de salud rural y la atención integral en salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). A la vez, se debe continuar implementando en los territorios el Plan Decenal de Salud Pública, mejorando la capacidad instalada (con una ambiciosa inversión en infraestructura y dotación hospitalaria) y fortaleciendo una política del talento humano en salud que propenda por la formalización laboral.

Adicionalmente, las tasas de fecundidad y natalidad en Colombia vienen cayendo, mientras la prevalencia de enfermedades crónicas –en una población cada vez más vieja– aumenta. También se observan patrones mixtos de prevalencia de enfermedades asociadas a sociedades en desarrollo junto con enfermedades de sociedades industrializadas. Por lo anterior, se hace necesario reducir al máximo la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable a través de una estrategia de intervención que incluye la prevención de las enfermedades no transmisibles, las alianzas intersectoriales para la promoción de hábitos de vida saludable, la alimentación sana, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, la reducción la exposición a factores de riesgo colectivo en salud, los modelos de atención diferenciados, las buenas prácticas para de gestión del riesgo, algunas medidas impositivas y regulatorias, así como la evaluación permanente de las tecnologías en salud costo efectivas.

Recuperar la confianza y legitimidad entre los usuarios y agentes del sistema se ha convertido cada vez más en una prioridad. En consecuencia, se debe fortalecer la inspección, vigilancia y control, continuar la simplificación de procesos –especialmente en el flujo de recursos y en los trámites– y fortalecer el sistema de información. Durante los próximos años se pretende continuar con esta estrategia y aunar esfuerzos para que cada vez exista más información verificable a disposición de los colombianos frente a los resultados, la calidad en los servicios sanitarios y las tecnologías en salud, entre otros aspectos.

Finalmente, hay que tener presente que la sostenibilidad y la equidad deben ir de la mano. Sin sostenibilidad, no se garantiza equidad real. Por su parte, el envejecimiento de la población y la presión tecnológica traen nuevos desafíos. Bajo este escenario, cobra especial importancia el reforzamiento de las actividades de promoción y prevención, así como la consolidación de la política de medicamentos y tecnologías. Igualmente, se debe dar continuidad al plan de estabilización financiera, terminar el proceso de saneamiento financiero del sector y de las ESE, resolver las deudas de las EPS liquidadas y gestionar la entrada en operación de la entidad que manejará centralizadamente los recursos de salud.

También se visualiza la necesidad de efectuar mayores cambios en la operación, financiamiento, recaudo y control de los recursos del sistema.

El presente informe desarrolla entonces los avances anteriormente mencionados, a lo largo de siete (7) secciones. En las partes primera, segunda y tercera se describen los principales aspectos del aseguramiento e innovaciones al modelo de salud, la salud pública y la calidad en la prestación de servicios de salud, mientras que los esfuerzos en fortalecimiento institucional se presentan en la cuarta sección del documento. Lo relacionado con la sostenibilidad del Sistema se trata en la quinta parte en tanto que la promoción social se expone en la sexta sección. Al final, se describen los aspectos correspondientes a la inspección, vigilancia y control (parte séptima).

INFORME AL CONGRESO 2014- 2015

1. ASEGURAMIENTO, AFILIACION E INNOVACIONES AL MODELO DE SALUD

1.1 Régimen subsidiado de salud y régimen contributivo de salud

Uno de los principales componentes del Sistema de Seguridad Social Integral en el país, es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que tiene como objetivo regular el servicio de salud en condiciones de acceso con calidad, oportunidad integralidad para toda la población del país.

Uno de ellos es garantizar la afiliación al SGSSS a la gran mayoría de colombianos. En ese sentido se observa en el siguiente cuadro que la cobertura total pasó de un 93.9% de la población en 2010 a un 96.6% en 2014. Así mismo esa cobertura en lo corrido de los primeros cuatro meses de 2015 se mantiene en 96.7%. Lo anterior implicó pasar de una afiliación total de 42.7 millones de personas en 2010 a 46.1 millones en los primeros meses de 2015, es decir que cerca de 3.5 millones de colombianos adicionales están hoy afiliados a salud en dicho lapso.

Cuadro No. 1. Evolución Cobertura Afiliados Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción 2010 – Abril de 2015

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Afiliados activos R. Subsidiado - BDUA	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543	22.882.669	23.229.328
Afiliados activos R. Contributivo - BDUA	18.723.118	19.756.257	19.957.739	20.150.266	20.760.123	20.459.373
Total Subsidiado + Contributivo (S+C)	40.388.328	42.051.422	42.563.034	42.819.809	43.642.792	43.688.701
Total Población Colombia – DANE	45.509.584	46.044.601	46.581.823	47.121.089	47.661.787	47.661.787
Cobertura Nacional (Subsidiado + Contributivo)		91,3%	91,4%	90,9%	91,6%	91,7%
Total Excepción**	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.402.307	2.402.307	2.402.307
Total Subsidiado + Contributivo + EX	42.735.754	44.398.848	44.910.460	45.222.116	46.045.099	46.091.008
Cobertura Nacional (S+C+EX)		93,9%	96,4%	96,0%	96,6%	96,7%

Fuente: Base de Datos Única de Afiliado - CUBO_ BDUA, Bodega SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social. Fechas de corte: Diciembre 2010 a 2014, * Abril 2015. Fuente Población: proyecciones del DANE 2005 a 2020.

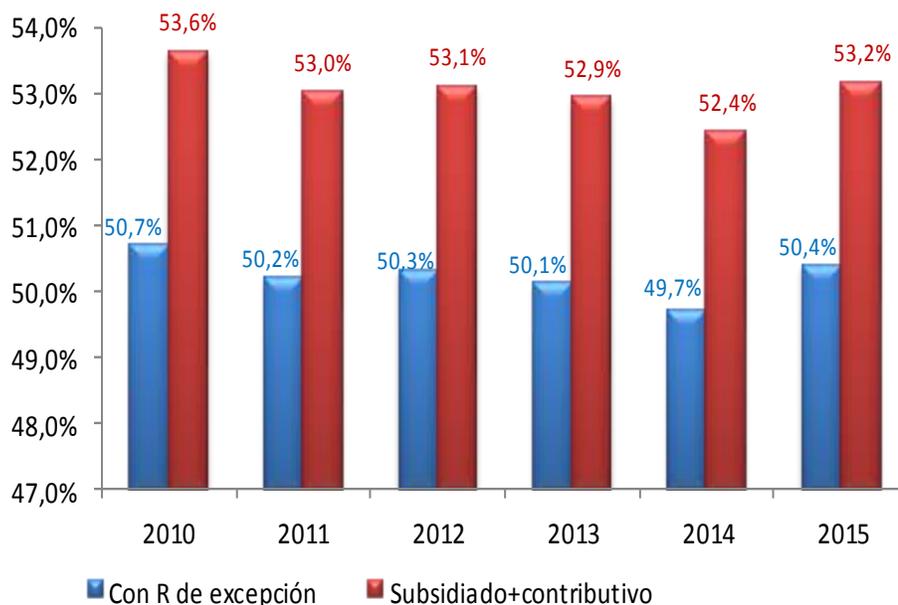
**En el ítem donde se relaciona la información del régimen de excepción se debe tener en cuenta que es un dato estimado tomado a partir de estudios especializados.

Nota: La fecha de corte de los datos del periodo comprendido entre los años 2010-2014 corresponde a diciembre de cada año. Para el año 2015 el corte corresponde al mes de abril.

Se observó un crecimiento promedio anual entre 2010 y 2014 para el total de afiliados, incluyendo los regímenes de excepción, de 1.9%. Así mismo, la tasa de crecimiento promedio anual en ese mismo periodo para la afiliación del régimen contributivo fue del 2.6% y del subsidiado de 1.4%. Lo cual es coherente con las buenas condiciones del mercado laboral, que permitió la incorporación a la formalidad a un buen número de trabajadores en el país. En los primeros meses de 2015 se mantiene la buena dinámica de afiliación al subsidiado (1.5% con respecto a diciembre de 2014) y se observa una caída en el contributivo de 1.4% que es usual por la estacionalidad laboral de los primeros meses del año, lo cual se va superando a medida que avanza el año.

En el gráfico No. 1 se muestra la distribución de los afiliados en el régimen contributivo y subsidiado y su peso porcentual en el total de afiliados, incluyendo a la población afiliada a los regímenes de excepción y sin incluirla. Se evidencia que el régimen subsidiado contribuye en una buena parte de la afiliación a salud en ambos casos.

Gráfico No. 1. Porcentaje del régimen subsidiado en el total de afiliados a salud con y sin régimen de excepción. 2010 – Abril de 2015.



Fuente: BDUA

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los afiliados activos del régimen subsidiado cargados en BDUA por departamento entre los años 2010 y 2014 (diciembre de cada año) y hasta abril de 2015. Como se puede observar los departamentos que sistemáticamente mayor porcentaje de afiliados a dicho régimen son Antioquia y Valle para los años 2010 a abril de 2015.

**Cuadro No. 2. Afilados al régimen subsidiado por departamento.
2010 – Abril de 2015**

DPTO.	AFILIADOS 2010	AFILIADOS 2011	AFILIADOS 2012	AFILIADOS 2013	AFILIADOS 2014	AFILIADOS 2015	Participación
ANTIOQUIA	2.338.407	2.336.614	2.355.679	2.379.473	2.396.366	2.425.649	10,4%
VALLE	1.676.752	1.764.010	1.832.297	1.823.070	1.826.559	1.857.145	8,0%
BOGOTA D.C.	1.353.121	1.304.372	1.251.955	1.267.841	1.274.295	1.299.475	5,6%
BOLIVAR	1.255.003	1.298.135	1.367.571	1.368.177	1.387.773	1.415.187	6,1%
ATLANTICO	1.161.190	1.244.365	1.271.435	1.285.651	1.304.501	1.358.773	5,8%
CORDOBA	1.138.194	1.291.926	1.325.622	1.313.954	1.336.833	1.350.283	5,8%
NARINO	1.116.246	1.115.408	1.141.921	1.134.457	1.131.820	1.145.197	4,9%
CUNDINAMARCA	940.780	937.844	929.408	919.921	900.293	905.907	3,9%
CAUCA	918.606	948.775	971.893	963.073	968.487	971.117	4,2%
SANTANDER	918.136	874.149	852.531	834.869	853.814	876.477	3,8%
MAGDALENA	870.595	940.208	921.524	928.973	952.323	971.369	4,2%
NTE. SANTANDER	805.339	814.823	794.641	815.212	865.215	874.254	3,8%
CESAR	728.272	780.900	802.581	801.918	819.401	828.354	3,6%
SUCRE	725.254	773.027	784.375	806.075	824.709	830.702	3,6%
HUILA	722.403	723.264	736.155	743.758	739.705	748.177	3,2%
BOYACA	715.005	702.397	694.735	678.252	657.898	662.575	2,9%
TOLIMA	713.425	737.989	733.335	733.344	725.247	728.128	3,1%
LA GUAJIRA	560.814	618.880	683.883	689.726	706.957	717.569	3,1%
CALDAS	471.722	458.141	456.885	453.316	446.299	453.664	2,0%
CHOCO	373.108	375.753	398.341	396.561	389.293	387.459	1,7%
META	367.924	373.811	394.398	405.932	426.087	442.421	1,9%
RISARALDA	341.883	355.116	360.004	367.835	379.844	389.223	1,7%
CAQUETA	283.593	285.215	292.424	297.152	296.183	297.407	1,3%
QUINDIO	268.637	256.748	247.189	245.276	245.937	246.498	1,1%
PUTUMAYO	247.094	256.390	261.499	244.559	248.413	252.972	1,1%
CASANARE	208.043	204.261	207.611	199.910	202.805	204.772	0,9%
ARAUCA	183.844	176.586	179.259	184.452	188.494	191.157	0,8%

DPTO.	AFILIADOS 2010	AFILIADOS 2011	AFILIADOS 2012	AFILIADOS 2013	AFILIADOS 2014	AFILIADOS 2015	Participación
VICHADA	66.118	69.352	69.847	71.488	70.913	71.359	0,3%
GUAVIARE	66.049	65.973	63.548	61.879	59.793	58.821	0,3%
AMAZONAS	47.699	50.455	52.426	52.248	53.664	54.181	0,2%
GUAÍNIA	37.632	37.653	35.860	37.013	37.982	39.141	0,2%
SAN ANDRÉS	23.061	22.566	21.279	20.301	18.752	18.451	0,1%
VAUPES	21.261	24.246	26.306	26.970	27.164	27.342	0,1%
INPEC		75.813	86.878	116.907	118.850	128.122	0,6%
Total general	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543	22.882.669	23.229.328	100,0%

Portabilidad

La portabilidad es la garantía de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de tener acceso a la prestación de los servicios de salud en cualquier lugar del territorio nacional.

Con fecha a corte 30 de abril, los ciudadanos han presentado 662.515 solicitudes de portabilidad, de las cuales 258.299 corresponden al Régimen Subsidiado y 404.216 al Régimen Contributivo.

Movilidad

El Ministerio de Salud y Protección Social está evaluando el comportamiento de la implementación de la política de movilidad en el periodo, con el fin de adoptar medidas que permitan cumplir eficazmente con el propósito de garantizar la continuidad en la atención a salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el caso de pasar de un régimen a otro dentro de la misma EPS.

En septiembre de 2014 se registraron 38 mil personas que hicieron uso de la movilidad de Régimen Contributivo a Régimen Subsidiado y a abril de 2015 se registran 603 mil personas.

Para octubre de 2014 se registraron 4 mil personas que hicieron uso de la movilidad de Régimen Subsidiado a Régimen Contributivo y a abril de 2015 se registran 22 mil personas

1.2 Innovaciones al modelo de salud y al aseguramiento

Población 18 a 25 años

Mediante la Ley 1753 de 2015 - Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se amplió la composición del núcleo familiar para el acceso a la seguridad social, incluyendo a los hijos del cotizante o de su compañera o compañero permanente hasta que cumplan los veinticinco (25) años de edad que dependan económicamente del afiliado. Medida que ya se había adoptado de manera temporal mediante Decreto 1164 de 2014.

Zonas apartadas

Con el fin de garantizar la afiliación de la población que se encuentra ubicada en las zonas apartadas del país, el Ministerio expidió el Decreto 2561 de 2014, *“Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones”*.

Subsidio a la oferta

Se calculó y certificó la Población Pobre No Asegurada – PPNA del país al Departamento Nacional de Planeación –DNP en el mes de enero de 2015, para efectos de la distribución del Sistema General de Participaciones –SGP, para la Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Se materializa la forma de manejar el subsidio a la oferta mediante la expedición del Decreto 2273 de 2013 en aquellas zonas que por sus condiciones de accesibilidad requieren garantizar este subsidio a los prestadores de servicios de salud con infraestructura pública.

Así mismo para materializar esta estrategia, las Entidades Territoriales deben contar con el concepto de viabilidad del Plan Financiero Territorial de Salud por parte de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público. En este contexto se viabilizaron los Planes de los departamentos de Guainía, San Andrés y Vaupés.

Habilitación financiera de las EPS

Con el fin actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, se expidió el Decreto 2702 de 2014, el cual define para todas las EPS independientemente del régimen en el que operan, las reglas para el manejo del riesgo financiero. Mediante esta norma se establecen las condiciones de patrimonio mínimo, reservas técnicas, régimen de inversiones y patrimonio adecuado que deberán tener las entidades encargadas del aseguramiento en el SGSSS. Así mismo se ordena la depuración contable de las EPS.

Estas medidas generarán la necesidad de capitalización de las EPS que permitirá la entrada de recursos frescos al SGSSS.

Instancias de coordinación y asesoría dentro del SGSSS

Con el objeto de crear un espacio de diálogo para fortalecer la formulación, regulación, supervisión, evaluación y seguimiento la política pública sectorial, se expidió el Decreto 2478 de 2014. De igual manera se expidió la Resolución 304 de 2015. *“Por la cual se determina la integración y el reglamento operativo para el funcionamiento de la Instancia de Coordinación y Asesoría dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*.

1.3 Unificación del plan de beneficios (POS)

La unificación del Plan Obligatorio de Salud - POS del régimen subsidiado al contributivo se cumplió en forma progresiva, gradual y sostenible, por grupos etarios, incrementándose en cada oportunidad la Unidad de Pago por Capitación subsidiada para garantizar su financiación, cálculo dentro del cual se tuvo en cuenta que esta medida, así como la actualización integral del POS efectuada en el año 2011, conllevó la ampliación de los beneficios para el régimen subsidiado².

Mediante la Resolución 5968 de 31 de diciembre de 2014, que entró a regir el 1° de enero de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud implementó una prueba piloto y su procedimiento de aplicación, para igualación temporal de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del régimen subsidiado al contributivo en las ciudades de Bogotá, D.C., Medellín, Santiago de Cali y el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

1.4 Actualización del plan de beneficios

Avanzando en la revisión continua del POS hacia la actualización integral a efectuarse en la vigencia 2015 de acuerdo con la periodicidad bienal de que trata el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, permanece la ruta trazada de avance hacia un Plan Obligatorio de Salud implícito de tal manera que se continúa con las siguientes líneas: i) Estudio de nuevas Tecnologías en Salud (TS) para posible inclusión al POS; ii) Ajuste de metodología y análisis de otros subgrupos terapéuticos de medicamentos; iii) Avance en el análisis de procedimientos por agrupación; iv) Avance en los análisis de criterios de exclusiones del POS y exclusiones específicas del POS; v) Actualización de estudios de necesidades en salud; vi) Establecimiento de métodos, procedimientos y herramientas

² Acuerdos 04 y 05 de 2009; 11, 12, 13 y 15 de 2010; 27 de 2011 y 32 de 2012, de la extinta y liquidada Comisión de Regulación en Salud – CRES.

para la presentación de solicitudes de inclusión de Tecnologías en Salud (TS) en el POS por actores del SGSSS.

Se desarrolló el proceso de participación ciudadana para nueva validación de criterios de priorización de tecnologías, tanto para la evaluación como para la inclusión al POS. Adicionalmente se desarrollaron actividades de identificación, selección y ordenamiento para evaluación de ayudas diagnósticas enfermedades de baja prevalencia (huérfanas, raras). Las sociedades científicas y la academia determinaron y priorizaron las ayudas diagnósticas no POS (Estándar de Oro), para las enfermedades huérfanas más frecuentes.

ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD (TS) PARA EVALUACIÓN 2014: Se realizaron las Evaluaciones de 40 TS que estaban en lista de espera en la base de datos, en el marco de la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS).

METODOLOGÍA DE IDENTIFICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD (TS) NO POS INCLUIDAS EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA COMO FUENTE DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-POS: A partir de la adopción oficial de las Guías de Práctica Clínica (GPC) por parte del Ministerio de Salud y Protección Social desarrolladas con una Metodología específica que eleva la calidad de las mismas, se tiene una nueva fuente de TS que podrían ser tenidas en cuenta dentro de los procesos de actualización del POS y al mismo tiempo con su implementación fortalecer el proceso de atención en salud de los afiliados del SGSSS, el objetivo es Identificar las Guías de Práctica Clínica (GPC) oficiales que cumplan con los criterios de calidad definidos para la selección de una GPC, Identificar las TS No POS incluidas en las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, definiendo el grado de recomendación y el nivel de evidencia, listar las TS No POS identificadas en la revisión.

Como resultado se Identificaron las TS no POS incluidas en las recomendaciones de las GPC: Se identificaron 483 recomendaciones de tecnologías No POS. En ellas se mencionan 295 tecnologías No POS así: i) Tecnologías No POS Recomendadas: 151; ii) Tecnologías No POS Sugeridas: 36; iii) Tecnologías No POS para las cuales no es posible emitir una recomendación con la evidencia encontrada: 4; iv) Tecnologías No POS no Sugeridas: 14; v) Tecnologías No POS No Recomendadas: 90.

METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD (TS) DE PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO, O DE USO COTIDIANO O ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE CARÁCTER INDIVIDUAL QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-POS: i) Se creó un instructivo y formato electrónico para recolección de la información; ii) Entidades participantes: sociedades científicas, agremiaciones, instituciones académicas del ámbito de la salud; iii) Total de tecnologías nominadas 510; iv) Proceso para la conformación del banco de Tecnologías en Salud (TS) para posible evaluación y selección.

METODOLOGÍA PARA LA NOMINACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD (TS) Y FORMATOS PARA EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD –POS: i) Consideraciones sobre las características de la nominación de Tecnologías en Salud; ii) Responder a las principales necesidades de salud de la población colombiana; iii. Ser completa y contener los elementos esenciales para lograr el objetivo clínico respecto de la necesidad específica de salud; v) Ser una TS no incluida en el POS; vi) Centrarse prioritariamente en TS de primera línea de atención o tratamiento de uso cotidiano, promoción y prevención de carácter individual; vii) Se establecieron formatos: Contienen datos generales de la TS nominada, junto con las principales razones clínicas y técnicas por las cuales se está nominando la TS entre otras; Total de 19.

RESOLUCIÓN 5926 DE 2014: Por medio de este acto normativo se realizó el ajuste al Anexo 01 Listado General de Medicamentos de la Resolución 5521 de 2013, dado que era necesario precisar algunos aspectos relacionados con el código ATC, principio activo, concentración, forma farmacéutica y aclaraciones

PARTICIPACION CIUDADANA: Se ponderaron los criterios para seleccionar las Tecnologías en Salud a evaluar en el marco de la Actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) con la participación ciudadana de los usuarios del SGSSS (asociaciones de usuarios del sector salud y de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS y comunidad médica). Este proceso se desarrolló en las ciudades de Pasto, Cali, Barranquilla, Cartagena, Montería, Valledupar, Medellín, Cúcuta y Bogotá. Con 269 votantes, 14 no votantes y 4 votos nulos, se obtuvo la siguiente ponderación por los criterios: Carga Enfermedad: 21%; Situación Salud: 16%; GPC: 14%; Primera Línea: 19%; Grupo Población: 18%; Frecuencia recobros 12%.

Avances en la vigencia 2015: El Gobierno Nacional avanza hacia un Plan Obligatorio de Salud implícito a través de su actualización integral; asimismo, con el objeto de dar más claridad en el Plan de Beneficios y procurar la disminución de las acciones de tutela, continua trabajando en el análisis de medicamentos cubiertos por el POS para aclarar sus coberturas de modo que los prescriptores y pacientes cuenten con mayores opciones terapéuticas en el tratamiento farmacológico.

Se continúa con la segunda fase del plan de actualización, enfocándose ahora en formas farmacéuticas estériles de administración parenteral. Esta etapa se enfoca en ofrecer y asegurar más opciones para mejores resultados farmacológicos y de seguridad según la prescripción del médico tratante en la administración de medicamentos a nivel hospitalario, que en su mayoría incluye este tipo de formas farmacéuticas de administración parenteral (inyectable).

Se están analizando más de 260 medicamentos actualmente incluidos en el POS y descritos en concentraciones específicas. El hecho de cambiar la concentración específica por una definición que *“incluya **todas** las concentraciones del mercado”* beneficia tanto la seguridad del paciente, como la prescripción de terapia y la seguridad para administración de medicamento a nivel hospitalario, evitando demoras en la

dispensación de medicamentos cuya concentración no se ajuste exactamente a la descrita en el listado explícito del POS.

En el periodo corrido del 1º de febrero a 31 de marzo de 2015, de acuerdo con la “METODOLOGÍA PARA LA NOMINACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y FORMATOS PARA EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS.”, expuesta en la página del ministerio de salud (<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Paginas/Participe-y-pine.aspx>), fueron nominadas de 35 tecnologías en salud a evaluar.

1.5 Afiliación y uso de los servicios de salud

Es función y responsabilidad del estado definir la cobertura de la póliza de salud (POS) y la prima (UPC) que se reconoce para la financiación de dicha cobertura, esta última tiene en cuenta ajustes de riesgo como lo son la edad, el sexo y la ubicación geográfica.

Dado que el prima que paga el SGSSS a las aseguradas es por persona, la estimación tiene en cuenta la población equivalente, la cual corresponde a los días compensados divididos en 360, es decir se reconocen personas que estuvieron afiliadas durante un año y por la cuales se pagó la prima anual completa, es así como se evidencia para el régimen contributivo y las EPS seleccionadas dentro del estudio de suficiencia POS-UPC, que el 87.36% de las personas que estuvieron afiliadas y compensadas usaron por lo menos una vez alguna tecnología en salud que se encuentran incluidas en el POS bien sean procedimientos, medicamentos, insumos o dispositivos médicos; situación similar ocurre en el año 2013 cuya participación fue del 87.07%.

Cuadro No. 3. Población usuaria de servicios de salud

Año	Población usuaria de los servicios de salud	Población equivalente	%
2012	15.578.133	17.832.838	87,36%
2013	15.936.770	18.302.407	87,07%

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. Base de servicios años 2012 -2013. DRBCyTAS. 2015

En el SGSSS las tecnologías en salud cubiertas se prestan en 4 ámbitos de atención definidos en la Resolución 5521 de 2013, ambulatorio, domiciliario, hospitalario y urgencias.

Durante los años 2012 y 2013, el ámbito al cual acudieron con mayor frecuencia los afiliados equivalentes al régimen contributivo fue el ambulatorio con una participación del 60.69% y 58.02% respectivamente, así mismo se presenta un incremento del 2,31% en las personas únicas que utilizaron los servicios en el ámbito ambulatorio.

Cuadro No. 4. Atención por ámbito

AMBITO	2012	%	2013	%
Ambulatorio	14.775.980	60,69%	15.117.945	58,02%
Domiciliario	153.713	0,63%	249.926	0,96%
Hospitalario	3.303.836	13,57%	4.358.709	16,73%
Urgencias	6.111.227	25,10%	6.330.592	24,30%

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. Base de servicios años 2012 -2013. DRBCyTAS. 2015

Dentro del ámbito ambulatorio las consultas de medicina general como puerta de entrada constituyen un servicio trazador en muchos sistemas de salud y evidencian el acceso de la población a los servicios más especializadas en Colombia en el año 2013 el régimen contributivo realizó 2.098 consultas de medicina general por cada 1000 afiliados equivalentes y en el año 2012 se realizaron 2.181 consultas por medicina general por cada 1000 afiliados equivalentes.

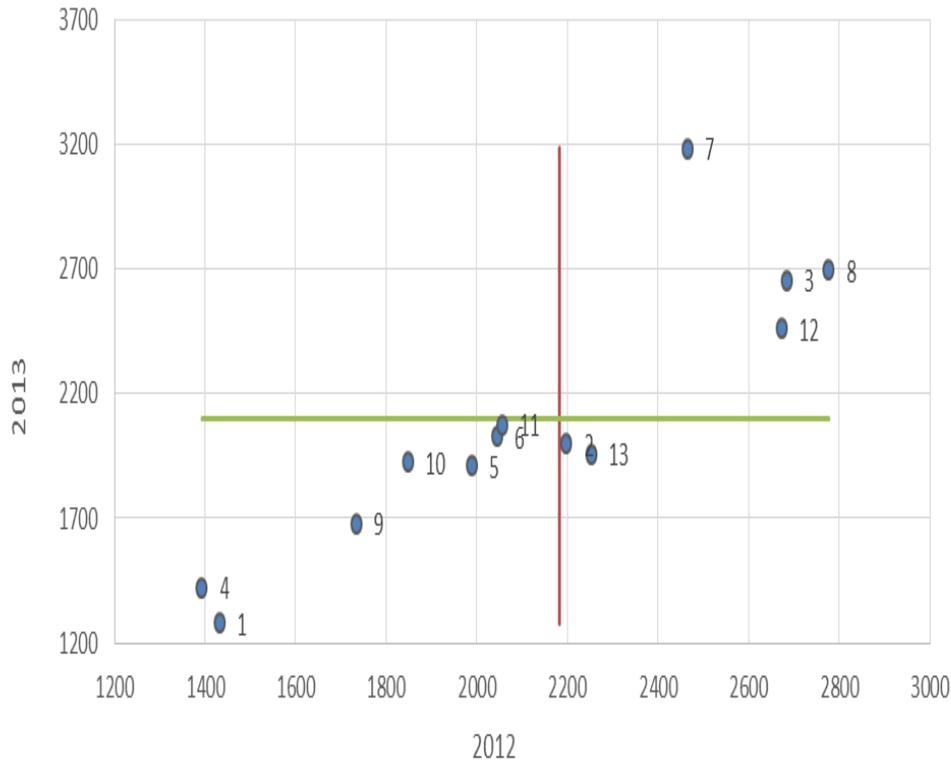
En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de consultas realizadas por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Cuadro No. 5. Consultas por EPS

Posición	EPS	Número de consultas por cada 1000 afiliados Año	
		2012	2013
1	EPS001	1433	1279
2	EPS002	2197	1998
3	EPS003	2683	2656
4	EPS005	1393	1423
5	EPS008	1988	1912
6	EPS010	2045	2029
7	EPS012	2465	3184
8	EPS013	2777	2698
9	EPS016	1733	1681
10	EPS017	1848	1924
11	EPS018	2057	2077
12	EPS023	2672	2461
13	EPS037	2254	1960

Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico No. 2. Diagrama de dispersión de la concentración de consulta de medicina general por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013. Colombia



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

El 40% de las personas que asisten a este servicio ambulatorio lo hacen una vez al año mientras que el 6.11% lo hacen 7 veces o más.

En cuanto al servicio de urgencias en el año 2013 el régimen contributivo realizó 599 consultas de medicina general por urgencias por cada 1000 afiliados equivalentes y en el año 2012 se realizaron 585 consultas por medicina general por urgencias por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de consultas de medicina general en el ámbito de urgencias por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

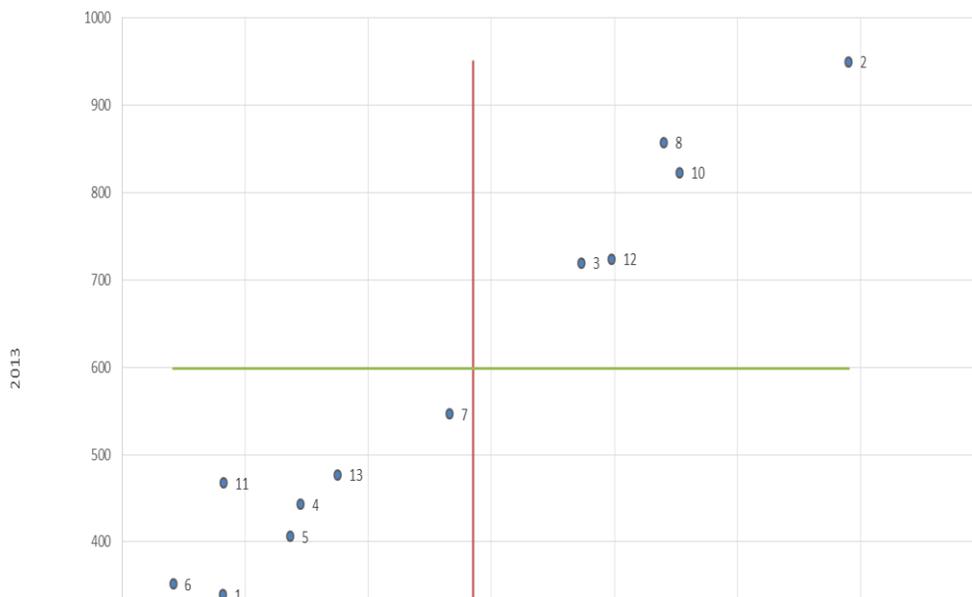
Cuadro No. 6. Consultas por urgencias según EPS

Posición	EPS	Número de consultas por urgencias por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de consultas por urgencias por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	382	340
2	EPS002	890	950
3	EPS003	673	720

Posición	EPS	Número de consultas por urgencias por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de consultas por urgencias por cada 1000 afiliados Año 2013
4	EPS005	445	443
5	EPS008	436	406
6	EPS010	341	352
7	EPS012	566	546
8	EPS013	740	858
9	EPS016	453	289
10	EPS017	753	823
11	EPS018	382	468
12	EPS023	698	724
13	EPS037	475	477

Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico No. 3. Diagrama de dispersión de la concentración de consulta de medicina general por urgencias por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013. Colombia



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

El 58.73% de las personas que asisten al servicio de consulta de medicina general en el ámbito de urgencias lo hacen una vez mientras que el 2.09% utilizan este servicio 7 veces o más en el año.

Otro de los servicios trazadores de los sistemas de salud son los laboratorios clínicos ya que los mismos forman parte fundamental del evento médico en la medida en que su toma se hace indispensable para emitir un diagnóstico apropiado, para así decidir el posible tratamiento, así mismo permiten realizar un control a los pacientes convirtiéndose en un servicio de prevención de la enfermedad, los laboratorios clínicos se dividen según el área técnica³.

El área técnica con mayor participación en el valor total del año 2013 es la de química sanguínea y fluidos corporales con el 39.04%, seguido por hematología con el 17.61%, en el año 2013 el Régimen Contributivo realizó 1.892 laboratorios clínicos del área técnica de química sanguínea y fluidos corporales por cada 1000 afiliados equivalentes y en el año 2012 se realizaron 1.558 laboratorios clínicos del área técnica de hematología por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de laboratorios clínicos de química sanguínea y fluidos corporales realizados por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Cuadro No. 7. Exámenes según EPS

Posición	EPS	Número de exámenes de química sanguínea y fluidos corporales por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de exámenes de química sanguínea y fluidos corporales por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	1313,2	1482,5
2	EPS002	1581,1	1605,4
3	EPS003	1066,5	2182,9
4	EPS005	1982,3	2092,4
5	EPS008	1753,9	1636,7
6	EPS010	1745,6	1694,9
7	EPS012	959,1	1078,8
8	EPS013	1096,9	2374,6
9	EPS016	997,5	1218,2
10	EPS017	1934,1	1547,4
11	EPS018	1160,6	1292,9
12	EPS023	777,6	1747,7
13	EPS037	3005,1	2737,5

Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

³ Área técnica de laboratorios corresponde a las instalaciones del laboratorio distribuidas por secciones o áreas de acuerdo a sus actividades misionales, que son debidamente identificadas con separación física para minimizar el riesgo de contaminación cruzada. Manual de Verificación de Estándares de Calidad en Salud Pública Para Laboratorios que se Incorporen a la Red Nacional de Laboratorios.

Gráfico No. 4. Diagrama de dispersión de la concentración de laboratorios clínicos del área técnica de química sanguínea y fluidos corporales por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013. Colombia



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

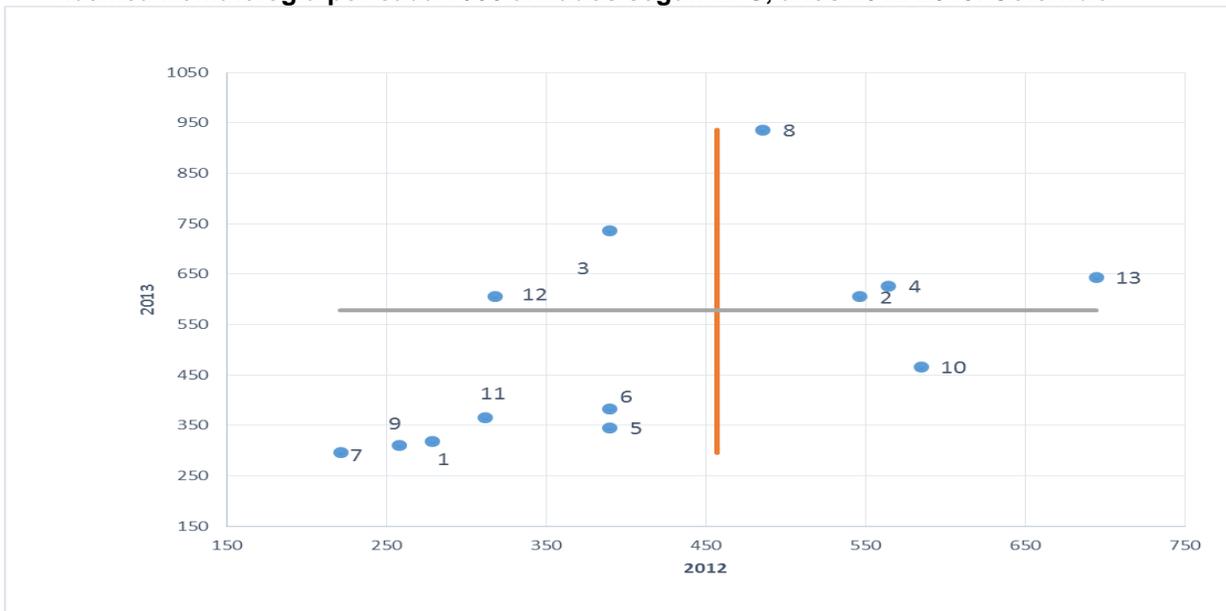
Esta área técnica está constituida por 174 exámenes de laboratorios, y el 73.36% de las personas tuvieron mínimo un examen de esta área técnica y al 0.68% se le practicaron 7 o más laboratorios.

En cuanto al área técnica de Hematología está compuesta por 84 laboratorios, en el en el año 2013 el Régimen Contributivo realizó 578 laboratorios clínicos del área técnica de hematología por cada 1000 afiliados equivalentes, y en el año 2012 se realizaron 457 laboratorios clínicos del área técnica de hematología por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de laboratorios clínicos del área de hematología realizados por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Cuadro No. 8. Exámenes de Hematología por EPS

Posición	EPS	Número de exámenes de Hematología por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de exámenes de Hematología por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	278,7	318,4
2	EPS002	546,6	605,0
3	EPS003	389,4	735,9
4	EPS005	564,4	625,5
5	EPS008	389,7	344,5
6	EPS010	389,8	383,5
7	EPS012	221,1	296,0
8	EPS013	485,7	935,9
9	EPS016	257,6	310,0
10	EPS017	584,9	466,0
11	EPS018	312,0	365,2
12	EPS023	317,7	605,3
13	EPS037	694,5	643,7

Gráfico No. 5. Diagrama de dispersión de la concentración de laboratorios clínicos del área técnica Hematología por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013. Colombia



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

Al 72% de las personas se les realizó mínimo un laboratorio de esta área técnica, mientras que al 1.2% se les practicaron 7 o más laboratorios.

De manera complementaria a los laboratorios clínicos se encuentran las exámenes por imágenes que coadyuvan a la confirmación de diagnósticos, estos exámenes son mínimamente invasivos, la agrupación de estos exámenes se realiza según su tipo de imagen, es así como de encuentra la radiología general, especializada, TAC, Ultrasonografía entre otros.

Entre los grupos con mayor participación según el valor reportado por las EPS en los exámenes por imágenes en el 2013 se encuentra al ultrasonografía o ecografía con el 29.44%, seguida por Radiología General con el 20.05%.

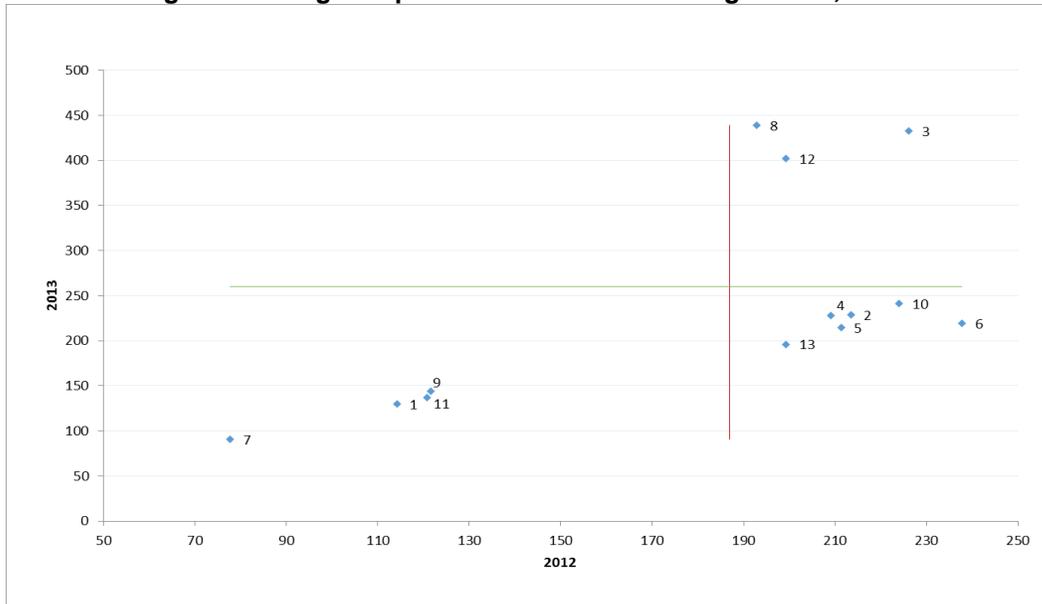
El grupo de ultrasonografía o ecografía está conformado por 48 exámenes, siendo el de mayor importancia Ecocardiograma Modo M y Bidimensional con Doppler a Color, en este grupo se puede apreciar que el promedio aumentó en un 38.9% entre los años 2012 y 2013, pasando de 187 exámenes por cada 1000 afiliados equivalentes a 260 exámenes por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio los exámenes por imágenes de ultrasonografía y ecografía realizados por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Cuadro No. 9. Exámenes de Ultrasonografía por EPS

Posición	EPS	Número de exámenes de ultrasonografía o ecografía por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de exámenes de ultrasonografía o ecografía por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	114,2	130,2
2	EPS002	213,4	228,7
3	EPS003	226,2	432,5
4	EPS005	209,2	228,3
5	EPS008	211,3	214,4
6	EPS010	237,8	219,5
7	EPS012	77,8	90,5
8	EPS013	192,9	439,1
9	EPS016	121,7	144,1
10	EPS017	224,0	241,5
11	EPS018	120,8	136,8
12	EPS023	199,2	402,3
13	EPS037	199,3	196,1

Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico No. 6. Diagrama de dispersión de la concentración de exámenes seleccionados de Ultrasonografía o Ecografía por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013.



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

Por su parte el grupo de radiología general está conformado por 95 exámenes, siendo el de mayor importancia el de radiografía de tórax, en este grupo se observa una variación positiva en un 36.9% entre los años 2012 y 2013, pasando de 209 exámenes por cada 1000 afiliados equivalentes a 286 exámenes por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de exámenes por imágenes de radiología general realizados por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

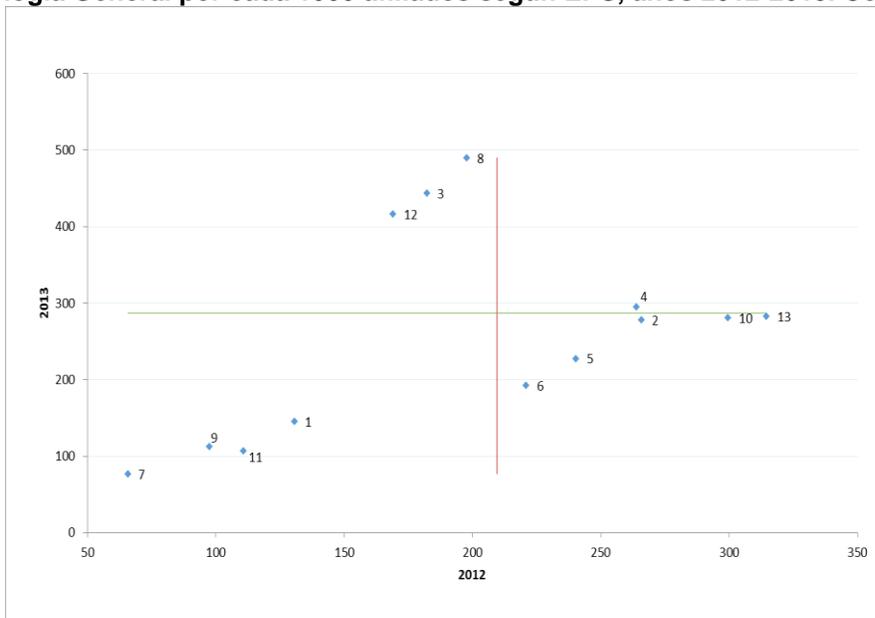
Cuadro No. 10. Exámenes de radiología por EPS

Posición	EPS	Número de exámenes de radiología general por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de exámenes de radiología general por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	130,6	145,7
2	EPS002	265,8	277,9
3	EPS003	182,2	443,8
4	EPS005	263,9	295,2
5	EPS008	240,3	227,9
6	EPS010	220,8	192,9
7	EPS012	65,7	76,6
8	EPS013	197,7	489,8
9	EPS016	97,5	112,8
10	EPS017	299,4	281,2

Posición	EPS	Número de exámenes de radiología general por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de exámenes de radiología general por cada 1000 afiliados Año 2013
11	EPS018	110,7	106,9
12	EPS023	169,0	416,3
13	EPS037	314,4	282,6

Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico No. 7. Diagrama de dispersión de la concentración de exámenes seleccionados de Radiología General por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013. Colombia



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

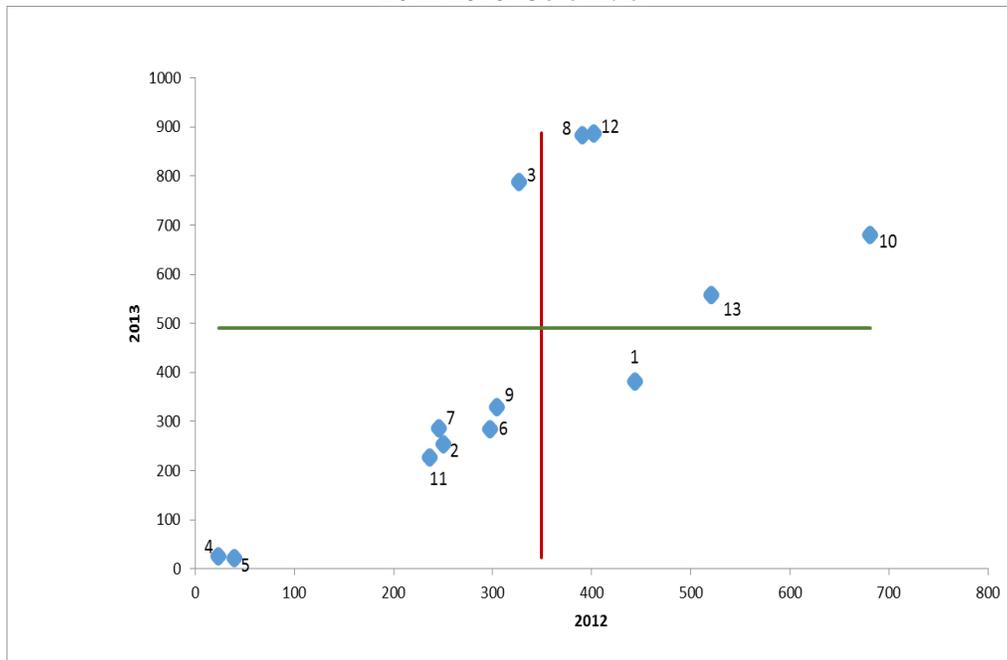
Otro grupo de procedimientos de interés público son aquellos que se refieren a la salud oral, compuesta por 77 códigos, los cuales se aglomeran en 30 grupos, dentro de los cuales la consulta odontológica tiene mayor peso dentro del valor total de la salud oral con una participación entre 38,56%, seguido por detartraje supragingival [control mecánico de placa] con un porcentaje del 21,97%.

La consulta odontológica está conformado por tres procedimientos, siendo el de mayor importancia el de consulta de primera vez por odontología general, para los años 2012 y 2013 por cada 1000 afiliados equivalentes; se puede apreciar que en promedio se presenta un aumento del 40.2%, pasando de 350 a 490 procedimientos por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de consulta odontológica realizada por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Cuadro No. 11. Consultas odontológicas por EPS

Posición	EPS	Número de consultas odontológicas por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de consultas odontológicas por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	444,0	381,8
2	EPS002	250,0	253,8
3	EPS003	326,9	787,0
4	EPS005	23,3	26,5
5	EPS008	39,3	23,0
6	EPS010	297,5	283,7
7	EPS012	246,1	285,5
8	EPS013	390,7	883,1
9	EPS016	304,1	329,8
10	EPS017	681,0	680,0
11	EPS018	236,7	227,9
12	EPS023	402,4	887,1
13	EPS037	520,7	558,4

Gráfico No. 8. Diagrama de dispersión de la concentración de los procedimientos que conforman el grupo de la Consulta de Odontología, por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013. Colombia



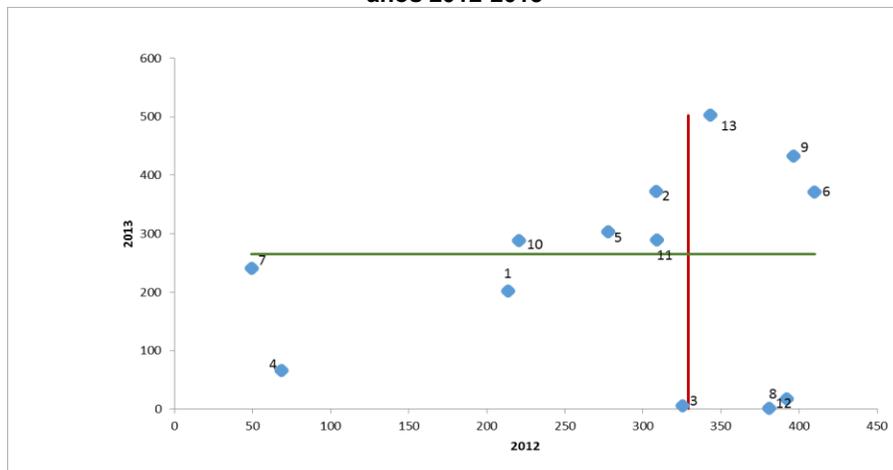
Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

El detartraje supragingival [control mecánico de placa] está conformado por dos procedimientos, siendo el de mayor importancia el Detartraje Supragingival Sod, para los años 2012 y 2013 se presta una disminución del 19.6%, pasando de 329 a 265 procedimientos por cada 1000 afiliados equivalentes. En el cuadro y gráfico que se presentan a continuación se observa el promedio de detartrajes supragingival realizados por cada 1.000 afiliados equivalentes en las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Cuadro No. 12. Número de Detartrajes por EPS

Posición	EPS	Número de detartrajes por cada 1000 afiliados Año 2012	Número de detartrajes por cada 1000 afiliados Año 2013
1	EPS001	213,5	202,5
2	EPS002	308,3	372,5
3	EPS003	325,6	6,1
4	EPS005	68,6	66,6
5	EPS008	277,6	303,5
6	EPS010	410,0	371,0
7	EPS012	49,2	240,9
8	EPS013	392,2	17,5
9	EPS016	396,5	432,6
10	EPS017	220,7	288,7
11	EPS018	308,9	289,5
12	EPS023	380,7	1,1
13	EPS037	343,2	502,9

Gráfico No. 9. Diagrama de dispersión de la concentración de los procedimientos que conforman el grupo de Detartraje Supragingival (Control Mecánico de Placa), por cada 1000 afiliados según EPS, años 2012-2013



Fuente: Elaboración propia con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012 - 2013. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

1.6. Pensiones y riesgos laborales

Pensiones

El Sistema General de Pensiones tiene como propósito garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones. El Sistema General de Pensiones está compuesto por dos regímenes: i) Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y ii) Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

La competencia del Ministerio respecto al régimen general de pensiones se encuentra establecida en el Decreto 4107 de 2011 en el que se señala como uno de sus objetivos participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.

Igualmente, dentro de las funciones se encuentra la de participar en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos en materia de pensiones, beneficios económicos y otras prestaciones y además participar en la formulación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información en pensiones.

Cobertura de afiliación en el Sistema General de Pensiones

De acuerdo con la información de la Superintendencia Financiera de Colombia al mes de marzo del 2015, se cuenta con 18.8 millones de afiliados al Sistema General de Pensiones, que representa el 81% de la población económicamente activa, de los cuales 12.7 millones están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad equivalente al 67% del total y 6.1 millones, afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, que representa el restante 32.% de los afiliados. En el período Marzo de 2014 a marzo de 2015, el número de afiliados se aumentaron en 124.114.

Cuadro No. 13 - Afiliados Sistema General de Pensiones

Régimen	Marzo 2014	Marzo -2015
Régimen de Prima Media con Prestación Definida	6.534.163	6.102.318
Régimen de Ahorro Individual	5.391.912	5.516.026

Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia.

Riesgos Laborales

En cuanto al Sistema General de Riesgos Laborales, los Decretos 4107 de 2011 y 2562 de 2012 señalan que al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, los planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de aseguramiento en riesgos laborales y coordinar con el Ministerio de Trabajo su aplicación.

En este sentido, debe estudiar, evaluar y establecer los mecanismos de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, para elaborar las normas, regulaciones y reglamentos de aseguramiento y definir los mecanismos de recolección, registro y utilización de los sistemas de información para la afiliación al sistema.

Así mismo, proponer el contenido de las prestaciones en salud en materia del Sistema General de Riesgos Laborales, promover actividades de promoción, prevención y control de factores de riesgo para el mejoramiento de las condiciones de trabajo (Entorno de Trabajo Saludable) en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Igualmente, tiene a su cargo preparar los proyectos de normas de higiene industrial, medicina del trabajo, seguridad y salud en el trabajo, modificar la tabla de actividades económicas, la tabla de enfermedad laboral y al manual único de calificación de invalidez en coordinación con el Ministerio del Trabajo.

A abril de 2015, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Laborales - ARL. La distribución de la afiliación en cuanto a trabajadores es la siguiente: El 65.96% están en ARL privadas y 34.04 % en la ARL Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 34.18% están afiliadas a las ARL privadas y el 65.82% a la ARL Positiva. El porcentaje de distribución tanto de trabajadores como empresas se ilustra en el siguiente cuadro:

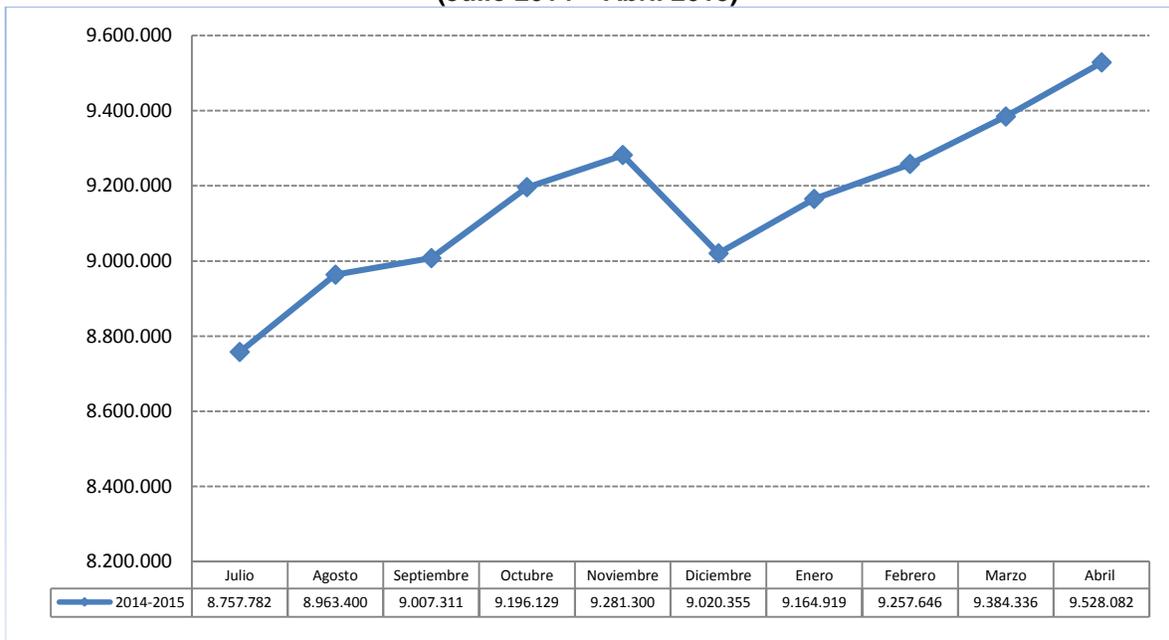
**Cuadro No. 14 - Distribución de Afiliados a ARL
(Abril de 2015)**

Administradora de Riesgos Laborales-ARP	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
ARL Positiva	3.243.465	34,04	417.206	65,82
Cia. de Seguros Bolívar S.A	439.994	4,62	6.929	1,09
Cia. de Seguros de Vida Aurora S.A	542	0,01	312	0,05
Liberty Seguros de Vida	480.865	5,05	13.410	2,12
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.	249.340	2,62	4.669	0,74
Riesgos Laborales Colmena	791.382	8,31	32.957	5,20
Seguros de Vida Alfa S.A	78.223	0,82	1.499	0,24
Seguros de Vida Colpatria S.A	1.342.683	14,09	39.021	6,16
Seguros de Vida la Equidad Organismo C.	392.150	4,12	17.051	2,69
Sura - Cía. Suramericana de Seguros de Vida	2.509.438	26,34	100.768	15,90
Total General	9.528.082	100,00	633.822	100,00

Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSyPS - Administradoras de Riesgos Laborales.

Trabajadores afiliados: Para el cuatrienio 2014-2018, se estableció como meta aumentar en 1.800.000, el número de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. En el período comprendido entre julio de 2014 a abril de 2015, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 8.757.782, a un total de 9.528.082, representando un aumento de 770.300 nuevos afiliados. El comportamiento del período julio de 2014 a abril de 2015 se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 10. Afiliación de los Trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales (Julio 2014 – Abril 2015)



Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSyPS y Administradoras de Riesgos Laborales.

Empresas afiliadas: En el período julio de 2014 a abril de 2015, el número de empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 590.625, a un total de 633.822, representando un aumento de 43.197 nuevas empresas.

Salud y ámbito laboral: A partir de la expedición de la Resolución 1841 de 2013, “*Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*”, y como responsables de la dimensión ocho (8): Salud y Ámbito Laboral, con las Entidades Territoriales de Salud - Departamentales y Distritales, se está construyendo de manera participativa, la metodología e instrumentalización que permita la intervención de la población trabajadora informal por jurisdicción de acuerdo con los lineamientos operativos definidos en la dimensión.

Fondo de Previsión Social del Congreso – Fonprecon.

Fonprecon, en su calidad de Administradora del Régimen de Prima Media con Prestación Definida lleva a cabo la afiliación de los Congresistas, empleados del Congreso y del mismo Fondo, labor de la cual se desprenden actividades relacionadas con el estudio de viabilidad de traslado para los potenciales afiliados. El año 2014 fue atípico con relación a las afiliaciones, toda vez que el cambio de periodo legislativo trajo consigo una salida masiva de afiliados que fueron desvinculados.

A continuación se detalla el número de afiliados a Fonprecon para el período Junio de 2014 – Mayo de 2015:

**Cuadro No. 15 - Afiliados a Fonprecon
Período Junio 2014 – Mayo 2015**

AFILIADOS	A 1 de Junio de 2014	A 31 de Diciembre de 2014	A 31 de Mayo de 2015
CONGRESISTAS	106	109	107
EMPLEADOS	862	862	854
TOTAL	968	971	961

Fuente: Grupo de Afiliación, Aportes e Historia Laboral

Durante el periodo objeto del presente informe, se recibieron, validaron y distribuyeron los recursos por aportes provenientes de PILA, los cuales ascendieron a \$ 8.847,2 millones en el período Junio - Diciembre de 2014 y \$ 3.717,9 millones entre enero y mayo de 2015.

Adicionalmente, Fonprecon recauda, por concepto de traslado de afiliados provenientes del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, los aportes que tenían los afiliados en las cuentas de ahorro pensional; por este concepto Fonprecon obtuvo ingresos para el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2014 por \$ 4.176 millones y entre enero y mayo de 2015 \$1.328 millones.

Gestión Pensional - Solicitudes Pensionales

Durante el periodo junio 2014 - mayo 2015 se resolvieron 312 solicitudes pensionales para afiliados de Fonprecon, tal como se discrimina porcentualmente en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 11 – Relación solicitudes pensionales
Período Junio 2014 – Mayo 2015**



Fuente: Subdirección de Prestaciones Económicas

Es importante mencionar que el reconocimiento pensional, en aplicación del régimen de transición, terminó el 31 de diciembre de 2014, por lo que quienes cumplieron la edad y semanas dispuestas en las normas que hacen parte de dicho régimen, antes de esa fecha, y siempre que cumplan con lo demás parámetros para conservar el régimen de transición sus solicitudes pensionales serán analizadas bajo el régimen vigente a 1º de abril de 1994 y quienes no cumplan los requisitos para acceder a la aplicación de la transición, se les aplicará el régimen general de pensiones de que tratan las Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003 y demás normas que los complementan, modifican o adicionan.

De otro lado, Fonprecon realizó reconocimiento de las cuotas partes que contribuyen en la financiación de pensiones de afiliados a otras administradoras u otros fondos, clasificados en 1) cuota parte pensional y 2) cuotas partes de bono pensional o cupones

Nómina de pensionados

El número de pensionados por Fonprecon, clasificados según Ex congresistas y Ex Empleados, se muestra en el siguiente cuadro:

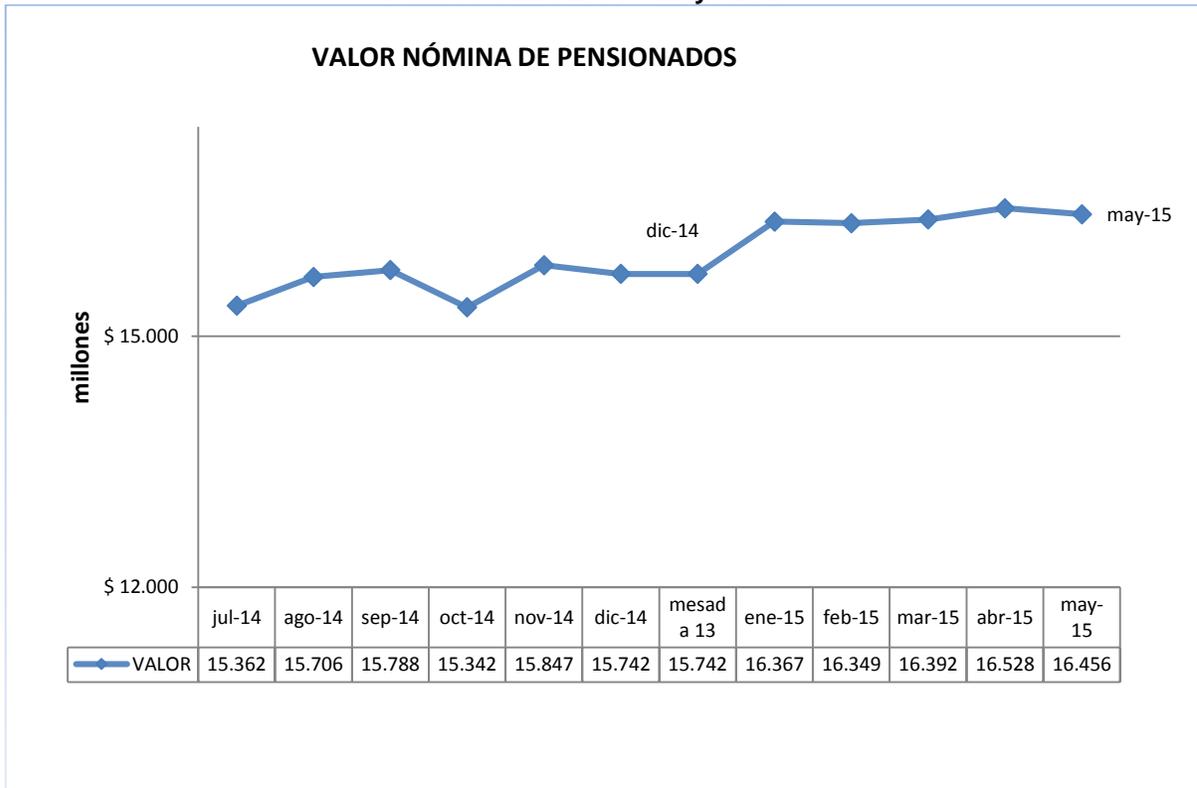
**Cuadro No. 16 – Relación pensionados
Período Julio 2014 – Mayo 2015**

PENSIONADOS	jul-14	dic-14	may-15
Ex Congresistas	803	818	810
Ex Empleados	1540	1583	1598
TOTAL	2343	2401	2408

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas - Fonprecon

Durante el periodo se liquidó, por concepto de mesadas pensionales, el valor de \$191.622 millones, incluida la mesada adicional de diciembre de 2014, que equivale al mismo monto liquidado para la mesada de dicho mes; en enero de 2015 se realizó el incremento a todas las mesadas con el porcentaje de la inflación certificado por el DANE del 3.66%, de conformidad con la Sentencia C-258 de la Corte Constitucional. Los valores pagados en nómina de pensionados se describen así:

**Gráfico No. 12 – Mesadas pensionales
Período Junio 2014 – Mayo 2015**



Fuente: Subdirección de Prestaciones Económicas

2. SALUD PÚBLICA – PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

2.1 Prevención y control de enfermedades transmisibles

Plan de prevención y contención Chikunguña

En el 2014 se realizó la evaluación de riesgo ante posible introducción del virus de Chikunguña, con el objetivo de hacer su detección por casos importados y mantener el mayor tiempo posible la contención, evitando la transmisión autóctona. Ante la presencia del virus, se formuló el Plan Nacional de Respuesta Frente a la Introducción del Virus Chikunguña en Colombia, con 12 anexos técnicos en los que se enmarcan actividades a nivel territorial sobre planeación de capacitaciones, control químico vectorial y sanitario, estratificación del riesgo, indicadores entre otros.

El MSPS coordinó la implementación de centros de operaciones espejo y el desarrollo de acciones de manejo del brote por Chikunguña. En Septiembre de 2014, mediante la resolución 3940 de 2014, se asignaron recursos a las Direcciones Territoriales de Salud, para dar soporte al Plan Nacional de respuesta frente a la introducción del Virus Chikunguña.

Se reunió la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental – CONASA – Mesa ETV, con la participación de 11 Vice Ministerios, 5 Departamentos e Institutos Nacionales, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Centros de Investigación y Academia.

Se llevó a cabo la Reunión Nacional de Promoción y Prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV en Montería – Córdoba, con las Direcciones Territoriales de Salud, para realizar seguimiento al Plan Nacional de respuesta frente a la introducción del virus Chikunguña, actualización de los planes estratégicos de Dengue/Chikunguña, incluidos en los planes de acción territoriales 2015.

Adicionalmente, se realizó la Reunión de Cooperación – Internacional – Regional Experiencias y Lecciones aprendidas Evento Chikunguña Colombia, en la cual participaron representantes de los Ministerios de Salud de México, Perú y Argentina, con las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud.

Se participó de manera activa y coordinada en los análisis de mortalidad de los casos que han presentado Chikunguña, realizados en la reunión con expertos internacionales, Centro de Control de Enfermedades (CDC), Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como especialistas médicos nacionales (pediatras, internistas, dermatólogos, entre otros) e Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social.

A pesar de la emergencia por la introducción del virus, la letalidad por esta causa se mantuvo por debajo de los valores aceptados internacionalmente (<1%). Y a raíz de las experiencias

descritas a nivel país, se recibe visita de cooperación internacional de México, para reconocer las técnicas sobre el manejo de la epidemia en Colombia.

Plan de Prevención y Contención Ébola

En el marco de la asistencia técnica y seguimiento, para verificar el procedimiento realizado por el personal de Migración Colombia, se realizó el simulacro confidencial con un pasajero que regresaba de Sierra Leona, con el fin de construir los Lineamientos Nacionales para la preparación y respuesta ante la eventual introducción de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Colombia, soportados por 25 procedimientos operativos que se enmarcan en tres grandes actividades a mencionar:

- Preparación a puntos de entrada para el tamizaje poblacional,
- Preparación a puntos de contacto para la detección y la atención de casos y
- Preparación para el rastreo y manejo de contactos, cerco epidemiológico y respuesta inmediata.

Se efectuaron 45 actividades de capacitación en las Direcciones Territoriales de Salud y puntos de entrada, mediante simulacro y actividades de verificación de capacidades. Actualmente se está realizando la adecuación y adaptación de 4 IPS que se designaron para la atención de casos.

2.2 Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano-VPH

En los resultados alcanzados por las entidades territoriales en 2014, se identifica que 5 cumplieron la meta de alcanzar y/o superar el 95% de cobertura: estas fueron Barranquilla, Cundinamarca, Santa Marta, Santander y Valle, y las entidades con los resultados más críticos fueron Amazonas, Caquetá, Guaviare, Putumayo y Vichada⁴.

Gestión frente a la erradicación y control de enfermedades prevenibles

▪ *Poliomielitis*

En respuesta a la declaración de erradicación de la poliomielitis como “emergencia programática para la salud pública mundial” realizada por la Asamblea Mundial de la Salud 2012, surge el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018, cuyo objetivo es la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes

⁴ Para consultar información al detalle, se invita a consultar el SISPRO: www.sispro.gov.co La información regionalizada sobre vacunación, se encuentra disponible en: <http://www.sispro.gov.co/Pages/M%C3%B3dulos%20Geogr%C3%A1ficos/MapaVacunacion.aspx> , <http://www.sispro.gov.co/Pages/Vacunacion/Reporte-Vacunacion.aspx> y <http://www.sispro.gov.co/Pages/Contruya%20Su%20Consulta/Vacunacion.aspx>

derivados de la vacuna-(VDPV), lo cual implica cambio sincronizado de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis a la bivalente oral, previsto para abril del año 2016, antes de este cambio la OMS recomienda que todos los países que utilizan solamente la vacuna oral contra la poliomielitis, introduzcan al menos una dosis de la vacuna inactivada-VIP, en su esquema rutinario de vacunación, situación que se cumplió en Colombia el 1 de febrero de 2015. En cumplimiento del plan también se han desarrollado acciones encaminadas a fortalecer la vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas.

▪ **Sarampión y rubéola**

Con el fin de consolidar la certificación alcanzada de eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita del virus autóctono en todo el territorio nacional; logro alcanzado en el mes de enero del año 2014 y, ante el riesgo de la Región de las Américas de importación de estos virus, dada su circulación continua en otras regiones del mundo, el país generó un plan de acción de emergencia donde se complementa y fortalece las actividades regulares en la salud pública como son: la vigilancia epidemiológica activa de estas enfermedades y el mantener una cobertura de vacunación de 95% o más en la población menor de 6 años.

Para el año 2015, con corte a mayo, se ha realizado la planeación y organización de la jornada de vacunación masiva con SRP a niños de 2, 3 y 4 años, para fortalecer la vacunación con primera dosis de triple viral (SRP) al año de edad (cohorte de nacidos en el año 2014), y el refuerzo de 5 años a la cohorte de nacidos del año 2010, para esto se realizó, a inicios de 2015 (Lineamiento Nacional del Programa Ampliado de Inmunización 2015), comunicación a actores involucrados en el programa de vacunación frente a la realización de esta jornada de vacunación y se adquirió biológico e insumos necesarios.

Nuevas Vacunas

▪ **Tdap acelular**

Se consolidó la universalización de la aplicación de la vacuna contra Tdap acelular a toda población gestante del país, con el fin de disminuir los casos de *Tos ferina* en población infantil menor de dos meses de edad. Este proceso inició en año 2013 en las entidades territoriales de Antioquia y Bogotá, quienes presentaban las tasas de incidencia más altas.

▪ **VPH**

Se continuó con la vacunación contra el VPH dirigida a niñas de cuarto grado de básica primaria que hayan cumplido 9 años. Esta vacuna forma parte de la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer y los Niños, lanzada durante la cumbre de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de la estrategia nacional para reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino (CCU) y en cumplimiento del CONPES Social 161 – Equidad de Género para las Mujeres.

Lo anterior se encuentra respaldado por las sociedades científicas y diversas instituciones como la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG, la Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP, la Federación Colombiana de Perinatología - FECOPEN, el Instituto Nacional de Salud – INS y el Instituto Nacional de Cancerología – INC.

De otra parte se ha articulado el apoyo del PAI con la implementación, monitoreo, formulación, desarrollo y aplicación de programas, planes y proyectos prioritarios, en temas de prevención de enfermedades crónicas e infecciosas y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, en el marco de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social, que benefician a la población vulnerable, en el que se priorizaron en la línea de vacunación 264 municipios de 24 entidades territoriales, logrando abordar una población de 135.039 familias, 144.474 menores de 6 años, 6.732 personas mayores de 60 años, 2.068 niñas objeto de la jornada de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) y 7.564 mujeres en edad fértil de 10 a 49 años. Con esta estrategia, se aportó un 14% al logro de esquemas completos para la edad en la población atendida.

▪ **Varicela**

Se realizó el alistamiento, planeación, programación y solicitud de la vacuna e insumos al Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para la introducción de la vacuna contra la varicela para la cohorte de niños nacida a partir del 1 de julio de 2014; esta vacunación se tiene prevista iniciar a partir del 1 de julio de 2015. Se proyecta vacunar en este año a 374.016 niños y niñas en todo el territorio nacional.

Gestión del Programa

A través de los procesos de cooperación de este Ministerio con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), se apoya a las entidades territoriales priorizadas para la búsqueda y vacunación de la población objeto del programa, con el fin de iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación; de igual manera, la sistematización de los resultados en vacunación de esta estrategia como aporte al logro de coberturas iguales o superiores al 95%.

En el marco de lo anterior se realizaron las acciones de fortalecimiento de la gestión del PAI, en la estrategia de vacunación extramural - táctica casa a casa, acompañada de la transferencia de información en salud a las familias de 137 municipios catalogados como los más vulnerables, en 15 departamentos priorizados del país, en alianza estratégica con la OIM.

Se atendieron 92.069 familias, 99.156 niños y niñas menores de 6 años, el 28,1% de ellos recibió el esquema de vacunación, logrando un incremento de 15,5 puntos porcentuales en los esquemas completos para la edad. Esta intervención contribuyó a reducir las brechas de equidad en vacunación y a identificar los principales retos que enfrenta el PAI para el logro de coberturas iguales o superiores al 95%, con equidad en Colombia.

Con el aval de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional para las Migraciones, se brindó apoyo en los componentes del PAI, con énfasis en Gestión operativa, sistema de Información y fortalecimiento de capacidades técnicas a

departamentos, distritos y municipios priorizados, para la implementación y monitoreo en la formulación, desarrollo y aplicación de programas, planes y proyectos prioritarios.

Se realizaron acciones de promoción y prevención en temas prioritarios de la salud pública en poblaciones en contextos de vulnerabilidad priorizados por el Ministerio, dando cumplimiento a las sentencias y autos judiciales y de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social, es así como en población vulnerable, 15 entidades territoriales fueron atendidas, en 123 de sus municipios que presentan difícil acceso y con mayor población en dicha condición, abordando 79.381 familias, 85.846 menores de 6 años canalizados, 22.949 dosis de vacuna aplicadas, 518 actividades informativas grupales en donde se contó con la participación de 14.973 personas, logrando completar el esquema en un total de 12.908 niños.

De otro lado, con el apoyo de OIM en el 2014, se socializó la metodología de evaluación de calidad del dato en las ET y se hizo levantamiento de procesos y procedimientos con apoyo de las entidades territoriales para elaborar el sistema de gestión de calidad PAI.

Con el objeto de apoyar la gestión territorial, el Ministerio tiene dispuesto un equipo de consultores para realizar asistencia y cooperación técnica a cada una de las entidades territoriales, así como a municipios priorizados, de igual manera se han fortalecido las estrategias de vacunación intramural y extramural, a través de las tácticas de vacunación casa a casa, seguimiento a cohortes, jornadas de vacunación por concentración, censos de canalización, entre otras, según la geografía y cultura de la entidad territorial

De otra parte se implementaron las cuatro jornadas de vacunación previstas para desarrollar anualmente en todo el territorio nacional, como estrategia para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en la población objeto, dichas jornadas fueron:

- Enero con el lema “Promocionemos la Vacunación”,
- En abril en el marco de la Semana de vacunación en las Américas “Vacunación tu mejor jugada”,
- En agosto con el lema “Día de ponerse al día”,
- En noviembre con el lema “Día de ponerse al día”.

Se ha dado continuidad al fortalecimiento de la gestión de los componentes de PAI, con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), definiendo actividades conforme a lo estipulado en la resolución 5521 de 2013, artículos 18 y 19, con especial énfasis el artículo 21. Aplicación de vacunas, y los demás artículos específicos para menores de 18 años, siendo éstos los artículos No 78, 95 y 110, de las cuales se cita el seguimiento nominal a la cohorte de nacidos vivos, la correlación de la población identificada y reportada por las EAPB en la Base de Datos Única de Afiliados con la identificada en las entidades territoriales tanto departamentales como municipales, que ha contribuido a definir inconsistencias al compararlas con la meta programática estipulada por este Ministerio y ha conllevado a implementar un ejercicio de verificación en conjunto a nivel territorial.

Se continúan fortaleciendo las estrategias de vacunación de manera mancomunada con instituciones aliadas, tales como: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Más familias en acción, la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema

(ANSPE), ONG, Sociedades científicas, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Salud, Universidades, Ministerio de Educación, Procuraduría, entre otros.

Respecto a la alianza con ANSPE, a mayo 2015 se capacitó y actualizó en los temas de vacunación, lactancia materna y crecimiento y desarrollo a un total de 9.149 cogestores en 1019 municipios, lo que fortalece el programa PAI en desarrollo de capacidades que benefician en el logro de las metas; garantizando iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación de la población objeto.

Con el Programa Más Familias en Acción se continúa trabajando a nivel de las entidades territoriales, de manera similar que con ANSPE, este aliado, al igual que los demás participan de un trabajo conjunto con el programa PAI. Las madres líderes a nivel de los territorios son invitadas a las capacitaciones que realiza el PAI. A la fecha se está realizando un cruce de información entregada por más familias en acción con la base del PAIWEB, con el fin de verificar la vacunación de la población beneficiaria de este programa.

De la misma manera, con la Sociedad Colombiana de Pediatría, se capacitaron 2.390 médicos generales y especialistas en las ciudades de Manizales, San Andrés, Barranquilla Villavicencio, y Bogotá en esquema de vacunación (vacunas y enfermedades).

En cuanto a las viviendas con subsidio pleno en el 2014 se realizaron jornadas de vacunación en las urbanizaciones entregadas por el Gobierno Nacional, con el fin de poner al día la población objeto del PAI. En el 2015 se han realizado dos jornadas de vacunación en los meses de enero y abril, vacunando 4.180 personas entre niños y adultos, poniendo al día el esquema de vacunación a la población objeto del PAI.

▪ Red de frío

El Ministerio fortaleció la red de frío nacional, con el fin de mejorar las condiciones logísticas de la gestión de insumos y de las condiciones de almacenamiento, desde el nivel nacional, mediante la adquisición de la bodega ubicada de zona franca de Fontibón, en donde se adecuaron tres (3) cuartos fríos, de los cuales dos (2) son de refrigeración y uno (1) de congelación, para almacenamiento de biológicos y, una zona seca para almacenamiento de insumos como jeringas, diluyentes y medicamentos, adecuados para el cumplimiento de la normatividad relacionada con las buenas prácticas de almacenamiento (BPA) para este tipo de insumos.

Actualmente se cuenta con una capacidad instalada suficiente para almacenamiento de un año y con proyección a 10 años.

Aunado a lo anterior, se realizó fortalecimiento de la red de frío departamental y distrital a través de la cofinanciación de proyectos enfocados al mejoramiento de centros de acopio que garanticen el cumplimiento de las especificaciones técnicas para el adecuado almacenamiento de los insumos del PAI y Zoonosis en los departamentos de Nariño, Norte de Santander, Huila y putumayo. Actualmente se encuentra en trámite gestión de recursos para los departamentos de Antioquia, Boyacá y Meta.

Adicionalmente, se hizo entrega de 553 refrigeradores eléctricos, para la zona interconectada eléctricamente, 120 refrigeradores solares para las zonas rurales dispersas con pocas posibilidades de conexión eléctrica y 3.012 termos para transporte al interior de los municipios.

En el marco del desarrollo de las capacidades técnicas del personal que interviene directamente en la gestión de la cadena de frío, desde este Ministerio se lideró, en el año 2014, un proceso de capacitación a nivel nacional, enfocado a fortalecer los conceptos básicos y buenas prácticas en torno al manejo de la red de frío, logrando cubrir el 85% de las entidades territoriales.

▪ **Biológicos e Insumos**

Para garantizar la disposición permanente de biológicos e insumos a nivel nacional, el MSPS realiza la compra de las vacunas a través del Fondo Rotatorio mediante con apoyo de la OPS. De igual manera, se ha incrementado el presupuesto nacional de manera importante mejorando el esquema de vacunación, lo que permite la garantía de la suficiencia y disponibilidad, con oportunidad y calidad, de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional.

▪ **Sistemas de Información**

Se continúan realizando ajustes y mejoras al sistema de información, se realiza el rediseño del módulo de aplicación de biológicos para facilitar la búsqueda y el ingreso de registro al sistema. Adicional a esto, se realiza el proceso de certificación del sistema nominal del PAI, para garantizar los estándares internacionales de desarrollo

Se finaliza el proceso de implementación y se da inicio a un proceso de acompañamiento y seguimiento a las entidades territoriales con el fin de fortalecer el uso del sistema. Se diseña el aula virtual para capacitar al personal nuevo en el manejo del sistema de Información. A diciembre se capacitaron y recapacitaron a 300 usuarios aproximadamente.

Se ha fortalecido el componente de información, comunicación y educación para la adherencia de la población al PAI, a través de medio audiovisuales (radio y televisión), utilizando como pieza promocional el slogan “Vacunas al día, te la ponemos fácil”.

▪ **Desarrollo de capacidades del talento humano**

Se continuó la coordinación de la certificación en competencias laborales para los vacunadores según la norma técnica “Aplicar inmunobiológicos según delegación y normatividad vigente”, con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). La certificación de competencias laborales a nivel nacional está encaminada a cualificar el talento humano en el área de vacunación para que brinde una atención con oportunidad y calidad, aumentando la productividad y contribuyendo a la disminución de la presencia de enfermedades inmunoprevenibles y errores programáticos. En 2014, en coordinación con el SENA, se han certificado un número importante de vacunadores a nivel nacional, lo que ha permitido consolidar el programa y prestar un servicio con mayor calidad.

2.3 Plan Decenal de Salud Pública

Generalidades

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021 es una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales o económicas.

Al Ministerio de Salud y Protección Social le correspondió formular en un proceso de amplia participación social el Plan Decenal de Salud Pública, 2012 – 2021, de acuerdo con el mandato de los actores sectoriales, transectoriales y de la comunidad y conforme a la Ley 1438 de 2011, donde el sueño a voces de los 153.397 ciudadanos y ciudadanas que participaron en la consulta, es que “en 2021, Colombia haya consolidado el Plan Decenal de Salud Pública con la acción transectorial y comunitaria, para lograr la paz y la equidad social, mediante la mejora del bienestar integral y la calidad de vida para todos los habitantes del territorio colombiano, de acuerdo con su necesidad”

El Plan Decenal de Salud Pública, tiene tres objetivos estratégicos:

- Alcanzar una mayor equidad en salud
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población
- Lograr cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades evitables

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021 tiene múltiples enfoques: 1) la salud como un derecho, 2) el enfoque de perspectiva de género y curso de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) otros enfoque en lo diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, al cual no escapa Colombia (Ver diagrama 1. Modelo conceptual).

Además de su visión, meta central y objetivos estratégicos, el PDSP se despliega mediante estrategias en tres líneas operativas (Promoción de la salud, Gestión del riesgo en salud y Gestión de la salud pública) que se configuran como un conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias que representan aspectos fundamentales deseables para lograr la salud y el bienestar de todos los colombianos, que son: Salud ambiental; Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; Seguridad alimentaria y nutricional; Convivencia social y salud mental; Vida saludable y enfermedades transmisibles; Vida saludable y condiciones

no transmisibles; Salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral. Además de dos (2) dimensiones transversales, que son: Desarrollos diferenciales específicos de los sujetos y colectivos; y Fortalecimiento institucional y de los servicios (ver figura 1 Marco estratégico)

La construcción del PDSP, es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia, ya que en ella hubo participación activa de 153.397 colombianos y colombianas en las diferentes convocatorias planteadas.

Implementación del Plan Decenal de Salud Pública

De acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Resolución 1841 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sector salud, definió la metodología de planeación integral para la salud del Plan Territorial de Salud, para facilitar la implementación del PDSP. Lo anterior, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, dispuesto en el Decreto 2482 de 2012, y las normas que lo reglamenten. En consecuencia avanzó en los siguientes procesos:

- ✓ La Presidencia de la República expide el Decreto 859 de 2014, mediante la cual se reglamenta el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011, crease la Comisión Intersectorial de Salud Pública y reglántese su finalidad, funciones y otros aspectos operativos de la misma.
- ✓ Se encuentra en trámite para firma el proyecto de Decreto para la conformación y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Se emitió la Resolución 1536 del 11 de mayo de 2015, por la cual se establecen los lineamientos metodológicos para la formulación, implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud y se define la metodología para el monitoreo, evaluación y control.
- ✓ Proceso de cierre de la transferencia de recursos económicos a través de la Resolución 3113 de 2013 a las Entidades Territoriales como complementariedad para la elaboración de los ASIS.
- ✓ Actualización a diciembre del 2014 de la Guía Conceptual y Metodológica para la construcción del ASIS con el modelo Determinantes Sociales de la Salud para las Entidades Territoriales de Salud, teniendo en cuenta el proceso de implementación y validación.
- ✓ Virtualización de la Guía Conceptual y Metodológica para la construcción del ASIS para las Entidades Territoriales de Salud.
- ✓ Realimentación del Ministerio de Salud y Protección Social y ajustes por parte de las Entidades Territoriales de Salud de los ASIS con el modelo DSS.
- ✓ Estrategia de fortalecimiento del proceso de planeación territorial (Asistencia Técnica Unificada y alistamiento institucional para la planeación).
- ✓ Estrategia PASE a la Equidad en Salud y formación activa a los departamentos.
- ✓ Desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación Plan Decenal de Salud Pública.

Dado que el PDSP representa un cambio de paradigma en la forma de comprender la salud y la planeación territorial, y que su desarrollo e implementación en las entidades territoriales exige el desarrollo de nuevo conocimiento, nuevas destrezas, nueva información y nuevas herramientas, la Estrategia PASE a la Equidad incluye cuatro elementos que deben

combinarse armónicamente a fin de lograr no sólo la formulación técnica de planes territoriales de salud, sino también la generación de capacidades y competencias en las entidades territoriales para la planeación en salud, para asegurar su integralidad e intersectorialidad, así como la participación activa de las administraciones y de la sociedad civil en la producción colaborativa de nuevo conocimiento.

A continuación se explican los aspectos relevantes de las estrategias definidas para la implementación del PDSP en los territorios.

Su ejecución implica la integración y compromiso de todos los sectores para lograr impactar los determinantes de la salud, dado que cerca del 61% de las estrategias del PDSP para impactar la salud es de origen transectorial, por ejemplo en el caso de la dimensión de Salud Ambiental, una de las estrategias tiene que ver con Entornos Saludables, la misma busca contribuir a la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados alrededor de entornos específicos, como la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, ecosistemas estratégicos sostenibles y bajo enfoques que privilegien la familia y la comunidad.

Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP)

Dentro del proceso de implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 se instaló la Comisión Intersectorial de Salud Pública, instancia vinculante de todos los sectores del Gobierno Nacional para dar una respuesta organizada que impacte la equidad en salud y el desarrollo humano.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) fue creada por la Ley 1438 de 2011 en el párrafo 1° del Art. 7° que señaló lo siguiente "Para los efectos de coordinación créese una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud" y reglamentada posteriormente mediante el Decreto 859 de 2014.

La Comisión Intersectorial es el escenario legítimo para articular los distintos espacios intersectoriales que hoy existen y donde confluyen los diferentes actores que implementan políticas nacionales, pretendiendo congregarlos y dar una respuesta conjunta. En esta Comisión se pretende que las acciones que se planifiquen de manera intersectorial impacten en las desigualdades y las problemáticas de la población para alcanzar equidad en salud y desarrollo humano.

Estamos cambiando el paradigma de la salud desde una visión medicalizada y debemos entender que el estado de completo bienestar (salud) se traduce en mayor capital social para el país. La problemática actual requiere de un trabajo conjunto, sus raíces son una red de interacciones que demandan coordinación para efectivizar los esfuerzos de todo tipo, desde el sector salud NO pretendemos que los demás sectores trabajen para nosotros, pretendemos que todos trabajemos bajo una misma sombrilla, en este caso la de la equidad y el desarrollo humano para la lograr una mejor calidad de vida para las y los colombianos.

Esta Comisión fue instalada el pasado 2 de julio de 2014, y hacen parte de ella los Ministerios de Ambiente, Agricultura, Cultura, Educación, Minas, Trabajo, Transporte, Vivienda, Presidencia y Salud, así como los Departamentos Administrativos de Planeación y Prosperidad Social. Fue necesario generar este espacio para la coordinación de acciones encaminadas a intervenir los determinantes de la salud que incluya la participación de diferentes entidades, instituciones y sectores del país así como las diferentes Comisiones Intersectoriales relacionadas con el desarrollo humano y el capital social del país.

Para efectos de dinamizar la coordinación intersectorial la CISP cuenta con una Secretaria Técnica conjunta entre el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social, tras la instalación, la Secretaria Técnica ha identificado los diferentes espacios intersectoriales que funcionan en el país, a la fecha se han identificado 61 espacios entre mesas, comisiones y comités. La cifra es fluctuante ya que se ha podido determinar que las distintas problemáticas del país requieren miradas integrales y como solución a ello los sectores se ven obligados a crear nuevos espacios intersectoriales para abordar las problemáticas que van emergiendo.

Los dos objetivos planteados durante la primera reunión de la CISP fueron:

- Articular el trabajo de todos los sectores entorno a las metas sanitarias. “salud en todas las políticas”
- Armonizar las comisiones existentes

Este Ministerio también avanza en el fortalecimiento del Observatorio de medición de desigualdades en salud y análisis de equidad en salud en Colombia con el propósito de:

- Contar con mecanismos adecuados de medición
- Monitorear tendencias en los resultados de la salud con sus determinantes
- Vincular la investigación con las intervenciones y políticas en salud
- Proponer/orientar políticas bien informadas

El pasado 24 de noviembre de 2014 se realizó la primera reunión para la articulación de los espacios intersectoriales donde la doctora Elia Diez, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y Eurosocial presentó experiencias internacionales de coordinación intersectorial en el trabajo sobre las desigualdades y los determinantes de la salud.

Con el fin de avanzar en la coordinación intersectorial, el pasado 25 de noviembre de 2014, este Ministerio, junto con el DNP realizó un primer encuentro de espacios intersectoriales con el propósito de generar un acercamiento entre los sectores y actores, sensibilizarlos en la necesidad de articulación para mejorar las condiciones de vida de las y los colombianos. En esta jornada se realizó un taller donde los participantes identificaron como los temas que abordan en sus espacios intersectoriales se articulaba con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.

Durante el evento se presentó la Situación de Salud en Colombia en el marco de los determinantes de la Salud. Con la doctora Elia Diez, experta internacional en el trabajo sobre desigualdades y determinantes de la salud, se revisaron experiencias internacionales

sobre acción intersectorial en salud y métodos aplicables al contexto colombiano, con el propósito de brindar recomendaciones para los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia.

Se ha desarrollado un trabajo con los espacios intersectoriales que no asistieron al taller para que envíen a vuelta de correo los objetivos o planes de trabajo para que entre el DNP y Ministerio de Salud determinen un primer diagnóstico de la situación intersectorial del país. De este primer trabajo de armonización se encontró que hay unas líneas de convergencia como lo son: Entorno, Ciudadanía, Equidad, Seguridad Alimentaria, Capital Social.

Paralelo al desarrollo de la CISP, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó un proyecto de decreto para reglamentar la reorganización (conformación y funciones) de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, pues serán estos quienes se encarguen de gestionar los determinantes sociales de la salud a nivel territorial (departamental y distrital), estarán entonces articulados con los lineamientos que de la CISP emanen.

El 23 de febrero de 2015 se realizó una sesión extraordinaria de la CISP con los representantes de las entidades nacionales que lo conforman y la asistencia del profesor Sir Michael Marmot MBBS, MPH, PhD, FRCP, FFPHM, FMedSci, Director y Jefe del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y el Departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College de Londres (UCL), respectivamente. Durante esta reunión se dieron recomendaciones para el funcionamiento de la CISP.

Capacidades técnicas del orden territorial

El proceso de implementación del PDSP, requiere para funcionar en las lógicas del mismo en la vida real de un territorio, de un tiempo de alistamiento, y así se previó desde que se estaba construyendo, no solo con una visión a 10 años, si no para preparar los territorios para planear con visión integral en los siguientes decenios. Así:

- Alistamiento institucional: Entre el mes de agosto de 2013 a mayo de 2014 (ASIS, organización de equipos e información para la planificación)
- Transferencia de capacidades en terreno para desarrollar la metodología de pase a la equidad en salud en departamentos y distritos: Entre el 11 de agosto del 2014 al 30 de marzo de 2015.
- Acompañamiento virtual a los departamentos para la transferencia de capacidades del departamento a los municipios para desarrollar la metodología de pase a la equidad en salud: Entre el 1 de enero al 30 de julio de 2015.

El proceso de alistamiento institucional fue planeado para ejecutarse en terreno durante dos años, a fin que los territorios a partir del 2016, cada cuatro años, puedan aplicar el proceso de Ruta Lógica de formulación de planes territoriales (armonizado con el ciclo de

formulación de planes de desarrollo), y cada año aplicar el proceso de gestión operativa (formulación de POAI, Plan de acción), así como el proceso de Monitoreo y Evaluación⁵.

Ante el reto de implementar por primera vez en la historia del país un Plan Decenal en Salud bajo el modelo de determinantes, era totalmente indispensable contemplar estos tiempos y procesos de cambio hacia la nueva forma de planear en salud, los siguientes planes decenales a partir de 2022 ya no tendrán que surtir este proceso.

Como fue acordado entre el DNP, Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades territoriales, la armonización no afectaría los compromisos aprobados de los planes de desarrollo territorial 2012-2015, en materia de salud, los cuales se están ejecutando de conformidad con los planes de desarrollo vigentes. Toda vez, que la contribución de este periodo de gobierno se concentró en preparar la hoja de ruta que orientará la visión transectorial de la salud en el territorio al año 2021, con la cual los candidatos a las alcaldías y gobernaciones podrán plantear sus planes de gobierno, coherentes con la respuesta que el territorio y población necesitan.

Según la Resolución 1841 de 2013 que adoptó el PDSP en su artículo 2 y la Resolución 1536 del 11 de mayo de 2015, estableció que las Entidades Territoriales (departamentales, distritales y municipales) de acuerdo con sus competencias, necesidades, condiciones y características de su territorio, deben adaptar y adoptar los contenidos del Plan Decenal de Salud Pública, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos técnicos que expida este ente ministerial.

El Ministerio de Salud y Protección Social observando el principio de autonomía territorial, adoptó, entregó y transfirió a los departamentos y distritos en el mes de agosto de 2014, la Estrategia Pase a la Equidad en Salud, cuyo objetivo es la apropiación de la metodología para lograr la armonización de los Planes Territoriales de Salud con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y formular el primer Plan Operativo Anual y de Inversiones en vinculación directa y fundamental de estos a sus Planes de Desarrollo, al primer semestre del 2015, de acuerdo al enfoque de PDSP y la transferencia de la misma a sus municipios.

La Planeación Integral para la Salud se divide en Alistamiento Institucional, Ruta lógica para la planeación, que se desarrolla tres (3) momentos y diez (10) pasos, Gestión operativa para la programación y armonización del Plan Operativo Anual y de Inversiones y el Plan de Acción, Monitoreo y Evaluación y Rendición de cuentas:

Esquema de Planeación Integral para la Salud

⁵La metodología pase a la equidad en salud, que integra los elementos conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos para que los territorios desarrollen el proceso de planeación integral en salud y dispongan toda la información al SISPRO. Pase a la Equidad en Salud desarrolla 5 procesos a saber: 1. Proceso alistamiento institucional con 2 momentos: organizar y dinamizar. 2. Proceso ruta lógica de formulación PTS, con 3 momentos: identificar, comprender y responder. 3. Proceso gestión operativa PTS, con 2 momentos: Programar POAI y Plan de Acción. 4. Proceso Monitoreo y evaluación del PTS, con 2 momentos: Recolectar, monitorear y evaluar. 5. Rendición de cuentas en salud, con 2 momentos: Convocar y socializar.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñó y elaboró las Guías Conceptual y Metodológica para la construcción del Análisis de Situación de Salud - ASIS dirigida a las Entidades Territoriales y de caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), con sus respectivos instructivos y anexos técnicos, con las cuales capacitó a todas las entidades territoriales, EPS y ARL, publicadas en el Repositorio Institucional Digital -RID (<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>), con el fin de lograr por parte de cada una de estas instancias, la elaboración de los ASIS en los ámbitos municipal, distrital, departamental y nacional y la caracterización de la población afiliada a las EPS a la fecha de elaboración de este informe.

Gráfico No. 13. Planeación integral para la salud



Fuente: PDSP, 2012-2021

De otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social adaptó y adoptó los lineamientos conceptuales, metodológicos, pedagógicos y diseño de herramientas para aplicar la metodología PASE a la Equidad en Salud, en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública. Estos Lineamientos fueron transferidos a los territorios el 23 de Julio de 2014 como insumos para poder hacer el mencionado alistamiento, que permitirá a las Entidades empezará a operar bajo las lógicas del PDSP en 2016.

Es pertinente señalar que la transferencia de este proceso a las entidades territoriales municipales que por competencia está a cargo de los departamentos, deberá utilizar la misma metodología, herramientas y ayudas didácticas que han sido transferidas por este Ministerio durante la Asistencia Técnica Unificada, las cuales pueden ser obtenidas a través

del Repositorio Institucional Digital –RID
(<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>).

El Ministerio de Salud y Protección Social, para asegurar la estabilidad y sostenibilidad de la nueva forma de planeación territorial (desarrolla 5 procesos alistamiento institucional, ruta lógica de formulación de planes, gestión operativa, monitoreo y evaluación y rendición de cuentas). Además, adelantó el Proyecto de Resolución, que orienta las disposiciones planeación en salud con la siguiente descripción: “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral en salud y se dictan otras disposiciones”. Estuvo en consulta pública en la página web www.minsalud.gov.co, entre el 11 al 20 de marzo de 2015, para que la ciudadanía presentara las observaciones y comentarios. Actualmente se encuentra en el área jurídica para surtir los trámites de aprobación respectiva.

A continuación se detalla de manera cronológica, el cumplimiento de la agenda programática desarrollada:

- Entre junio de 2014 a mayo de 2015, se continuó con el acompañamiento a las direcciones territoriales brindando soporte técnico en la construcción y culminación de los documentos ASIS municipales, departamentales y distritales, lográndose a la fecha 32 documentos ASIS departamentales (100%), 5 distritales (100%) y 849 (77,1%) municipales publicados y de acceso libre y disponible para cualquier usuario del país a través del Repositorio Institucional Digital (RID), en el siguiente link <http://goo.gl/QpVXNI>. Los faltantes municipales se encuentran en proceso de ajuste por parte de las entidades territoriales para su publicación.
- Se elaboró la Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Aseguradoras de Riesgos Laborales, con sus anexos técnicos.
- Se realizó la capacitación a todas las Aseguradoras de Riesgos Laborales, ARL utilizando la guía y sus anexos en la elaboración de la caracterización de la población afiliada.
- Con el apoyo de la Cooperación Internacional se diseñó el Observatorio de Equidad entre del 11 al 15 de Agosto de 2014, construyendo los lineamientos del Observatorio.
- La adaptación conceptual, metodológica, técnica y operativa del Modelo BIT PASE (Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía) y la Estrategia PASE al Desarrollo, en el marco del ciclo de la gestión pública en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública.
- La construcción de los lineamientos conceptuales, metodológicos, pedagógicos, diseño de herramientas y prueba piloto de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública, se realizó entre el 15 de Marzo al 18 de Junio de 2014. Estos Lineamientos fueron transferidos a los territorios el 23 de Julio de 2014.
- La Estrategia de Incidencia, Comunicación y Movilización Social para acompañar la Formulación de Planes Territoriales bajo PASE a la Equidad en Salud que tiene cobertura territorial se desarrolló entre el 30 de marzo y el 31 de Agosto de 2014. Estos Lineamientos fueron transferidos a los territorios el 23 de Julio de 2014.

- A la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, se le diseñó un Diplomado Presencial con el propósito de fortalecer la autoridad sanitaria nacional frente al abordaje de los Determinantes de la Salud.
- Desarrollo del Diplomado para el entrenamiento técnico y uso de las herramientas y aplicativos para el desarrollo de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, dirigido a 50 funcionarios del MSP diferentes áreas misionales y equipo de asistencia técnica unificada del grupo de planeación en salud del MSP y Superintendencia Nacional De Salud, Departamento del Meta y 4 de sus municipios entre el 24 de Junio y el 18 de Julio de 2014.
- La Adaptación del proceso de capacitación territorial para la transferencia, apropiación y aplicación de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Se desarrolló el Curso Intensivo de entrenamiento a 111 funcionarios responsables de Planeación Departamental, Director de Salud Pública, Promoción Social para la Salud y Comunicación y Movilización Social Departamental o de salud (32 departamentos y 5 distritos), certificándose como multiplicadores en el departamento y sus municipios.
- El despliegue del proceso de Asistencia Técnica Unificada (capacitación, asesoría y acompañamiento técnico en terreno entre el 28 de julio y el 12 de diciembre de 2014) para la implementación Paso a Paso de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, que permite a los territorios disponer del Plan Territorial 2011 – 2015, POAI y Plan de Acción 2015, armonizados con el Plan Decenal de Salud Pública al 30 de diciembre de 2014. Se transfirieron capacidades a 1.597 funcionarios integrantes de los equipos de planeación integral en salud que hacen parte de las diferentes áreas misionales, Secretario de Planeación, Secretarios o profesionales representantes de las diferentes secretarías de gobiernos y representantes de las organizaciones civiles (CTSS, CPS, CP), de base comunitaria y ciudadanos. En total 302 visitas presenciales que incluyó exposiciones teóricas magistrales y desarrollo práctico de la ruta lógica de implementación y uso de las herramientas y aplicativos para el desarrollo de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.
- Diseño y aplicación del protocolo de seguimiento a la asistencia técnica para la implementación Paso a Paso de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, que permite a los territorios disponer del Plan Territorial 2011 – 2015 y POAI armonizados con el Plan Decenal de Salud Pública.
- Se brindó asistencia y acompañamiento técnico a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), usando la Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional con sus anexos técnicos para que las mismas lograran a 31 de diciembre de 2014 realizar la caracterización de la población afiliada en el 100% de las EPS obligadas a cumplir con esta responsabilidad (60 EPS). Ver Link de la guía:
- <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ANEXOS%20EAPB.zip>
- Lineamientos en diciembre de 2014 con orientaciones sobre la aplicación del proceso de caracterización y planeación en las Entidades Promotoras de Salud EPS y el rol de las entidades territoriales en el marco de sus competencias transferidas a los 32 departamentos 5 distritos y el 100% de las EPS.

- Se actualizó la Guía conceptual y metodológica para la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en las Entidades Territoriales teniendo en cuenta el proceso de implementación y validación realizada en todo el país. En el link: <http://goo.gl/WXe88N> se encuentra la Guía, y sus anexos.
- Soporte tecnológico virtual al componente estratégico y operativo (CEO-SISPRO) del PTS –PDSP, resolviendo las no conformidades en el proceso de aplicación permitiendo de esta manera su integración final al SISPRO. disponibilidad las 8 horas del día presenciales de forma virtual a través del Aula Virtual y Mesa de Ayuda CEO. En total se registraron 6 solicitudes de soporte entre el 25 noviembre al 31 de diciembre de 2014.
- Consultas al aula virtual de la estrategia PASE a la Equidad en Salud. Con acceso a los profesionales de las Secretarías de Salud de los 32 departamentos y 5 distritos que administran el aula virtual en los territorios. Para el cargue de aplicativos, consultas, revisión de tareas, foros para el proceso de armonización de PTS y formulación POAI y Plan de Acción 2015.
- Se imprimió y distribuyó el ASIS Nacional 2013 presentando el análisis demográfico, de los efectos de salud, en donde se incluye la mortalidad y morbilidad, y de los determinantes sociales de la salud, por sexo, con el objetivo de medir desigualdades. Ver <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf> link:
- Se elaboró el ASIS Nacional 2014 presentando el análisis demográfico, de los efectos de salud, en donde se incluye la mortalidad y morbilidad, y de los determinantes sociales de la salud, por sexo, con el objetivo de medir desigualdades.
- Una vez terminado el proceso de elaboración de ASIS general, se inició el proceso de elaboración de los ASIS a profundidad para cada una de las dimensiones del PDSP 2012-2021, para ello se elaboró el ASIS Nacional de la Dimensión Transversal: Gestión de Diferencial de poblaciones vulnerables 2013, en donde se incluye el análisis de los componentes de la dimensión como son: a) Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, b) Envejecimiento y vejez, c) Salud y Género, d) Salud en población étnica, e) Discapacidad, f) Víctimas del conflicto armado, g) Población habitante de calle. Los demás ASIS a profundidad se encuentran en construcción.
- Se realizaron cinco (5) Boletines metodológicos de ASIS, para el fortalecer el análisis de desigualdades en sociales en salud en las Entidades Territoriales, los cuales se encuentran publicados en la página Web del Ministerio de Salud.
- Oficio concediendo a los departamentos y distritos una primera prórroga para entrega (Cargue- CEO-SISPRO) de los productos de armonización PTS-POAI-PA al 1 de junio del 2015 para departamentos y el 31 de julio de 2015 para municipios.
- Asistencia técnica a los referentes las diferentes dimensiones del PDSP en las diferentes dependencias del Ministerio y a las entidades territoriales y distritales.
- Las entidades territoriales se encuentran trabajando en la armonización de los planes territoriales de salud 2012-2015 con el Plan Decenal de Salud Pública.
- Actualización de los cubos de SISPRO que contienen la información en salud para la construcción de los ASIS por parte de las Entidades Territoriales, en un link denominado Reporte ASIS. Ver link: <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>

La Dirección de Promoción y Prevención, con posterioridad a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, mediante la Resolución 1841 de 2013, inicia la revisión de los marcos conceptuales, dimensiones, componentes y de manera específica de las líneas operativas allí definidas y el proceso de armonización del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas; el cual, debía ser ajustado y formulado acorde con el nuevo contexto normativo.

Durante el segundo semestre de 2013, se inicia el trabajo a través de un proceso participativo intrainstitucional de formulación de las directrices relacionadas con la Gestión de la Salud Pública y con el Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas, en el marco de esta nueva normatividad; dicho proceso avanzó durante el primer semestre de 2014 y, en julio de ese año, se concretó una propuesta de reglamentación, la cual fue socializada a las entidades territoriales.

En un ejercicio conjunto que incluyó sesiones de trabajo presencial y a través de medios virtuales y considerando que el propósito y alcance de la Gestión de la Salud Pública y con el Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas- PIC son diferentes y por ende su formulación, ejecución monitoreo y evaluación requerían la definición de criterios específicos para su desarrollo, se adelanta el proceso de definición de los contenidos de la norma y su correspondiente consulta externa; proceso que conllevó a definir disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y a establecer directrices para la ejecución y seguimiento y evaluación del PIC, a través de la Resolución 518 de 2015.

2.4 Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

2.4.1 Infección Respiratoria Aguda – Enfermedad Diarreica Aguda

Se logró la formalización del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda IRA, en menores de 5 años, con la publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social y su inclusión como acción principal a los diferentes actores del sistema, dentro de la Circular Externa 017 de 2015, la cual fue socializada a nivel nacional vía Elluminate.

Se brindó asistencia técnica, en modalidad virtual, en el 84% de las Direcciones Territoriales de Salud, logrando la socialización y contextualización del programa en sus componentes y estrategias de ejecución.

Se genera el documento de Modelo de gestión y atención para la ERA en Colombia, con enfoque APS y redes integradas de servicios de salud, con el cual se fortalecen actividades de gestión y cabildeo para la implementación territorial del programa; se hizo diagnóstico de partida epidemiológico, institucional y comunitario de 2 municipios, con los que se realizaron acuerdos y compromisos para desarrollar el pilotaje del programa mediante las áreas demostrativas con sus componentes institucional y comunitario.

Se participó en la construcción y posterior publicación de la guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años, dirigida a padres, cuidadores y personal de salud. Así mismo la Guía de Práctica Clínica para la Identificación y el Manejo Clínico de la Tos Ferina en Menores de 18 Años de Edad, la cual fortalece los procesos de toma de decisiones de los profesionales clínicos y de los pacientes o sus padres con la cual se busca mejorar la oportunidad y la calidad de la atención y complicaciones en pacientes con la enfermedad.

El país cuenta con la actualización del Plan Nacional para la Preparación y Respuesta ante la Presencia de Casos Cólera, para generar responsabilidades y capacidades institucionales, municipales, departamentales y nacionales, a través del fortalecimiento del programa de promoción, prevención y control de las enfermedades transmisibles en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada.

2.4.2 Tuberculosis y Lepra

▪ Sistema de Información

Análisis y consolidación de la información de las entidades territoriales Departamentales y Distritales en cuanto a:

- Número de casos y actividades de búsqueda para el año 2014. (Lepra 423 casos nuevos, Tuberculosis 11.875 casos nuevos y recaídas). Cierre de casos (análisis de cohortes) para año 2013. El éxito terapéutico para tuberculosis en 2013 fue del 77%. Tratamientos terminados para Lepra 82%.
- Desarrollo del sistema de información en plataforma web.
- Se adelantan Transferencias nacionales con destinación específica para los programas de Tuberculosis y Lepra.
- Asignación de recursos a las 37 Entidades Territoriales, incluyendo Distrito de Buenaventura mediante las siguientes resoluciones:

Cuadro No. 17. Asignación de recursos por transferencias a Nivel Nacional. Periodo 2014-2015

AÑO	2014	2015
Tuberculosis	Resolución 1984	Resolución 782
	\$ 6.327.327.695	\$6.643.936.000
Enfermedad de Hansen	Resolución 1983	Resolución 783
	\$1.578.563.000	\$1.594.196.000.

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra - MSPS

▪ **Suministro de medicamentos**

Se garantizó el esquema para la totalidad de los casos TB Sensible (cerca de 12.000 casos) y TB farmacorresistente (cerca de 150 casos), enfermos para Lepra (cerca de 500 casos) y manejo de leprorreacciones tipo 2 con Talidomida. Para garantizar los medicamentos de tuberculosis y lepra el Ministerio destinó en 2014, un valor de \$1.226 millones para tuberculosis y \$400 millones para lepra. En el año 2015, fueron asignados para dichas compras \$1.600 millones para tuberculosis y \$400 millones para lepra.

▪ **Realización de monitoreo de eliminación de la Lepra (LEM)**

Asignación de cupos para subsidios de pacientes con Lepra: 117 en el año 2014 y 127 en 2015.

- Convenios interadministrativos con los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación, para acciones de capacitación y estudio de contactos y convivientes con Lepra, en los que el Ministerio aportó la suma de \$130,7 millones y cuyas actividades se describen a continuación:

Cuadro No. 18. Actividades de capacitación por convenios interadministrativos.

ET	Municipio	Personas capacitadas	Pacientes	Convivientes
Santander	Barrancabermeja, Cimitarra, San Gil y Mogotes	129	32	74
Norte de Santander	Puerto Santander, Villa del Rosario, Los Patios, San Cayetano, Zulia y Pamplona	105	40	93
Arauca	Arauca, Arauquita y Saravena	80	29	48
Tolima	Ibagué, Chaparral y Espina	80	14	22
Huila	12 municipios, mayor asistencia Neiva y Garzón	89	68	90
TOTAL		483	183	327

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra - MSPS

▪ **Otras actividades desarrolladas**

Fortalecimiento de DOTS Comunitario con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes TB y TB MDR (DOTS /TAES), en Bogotá y Barranquilla.

- Implementación de la estrategia DOTS comunitario en las zonas priorizadas de los cuatro departamentos del Pacífico con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y seguimiento de casos.

- Implementación en IPS y EAPB priorizadas de la metodología Análisis de Modo de Fallo y Efecto (AMFE) para la atención de coinfección TB-VIH.
- Seguimiento del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis, en pueblos indígenas priorizados en comunidades del Cesar, Boyacá, Vaupés, Amazonas, Nariño, Cauca, Córdoba, Antioquia y Tolima.
- Seguimiento al plan de expansión del control de la TB farmacorresistente.
- Diseño curricular de un curso para la capacitación en el manejo clínico, programático para la prevención, vigilancia y control de tuberculosis.
- Recolección de la experiencia atención habitante de/en calle con diagnóstico de tuberculosis.
- Evaluación de los planes estratégicos en departamentos de alta carga de TB, ajuste del plan de monitoreo y evaluación para el programa de tuberculosis
- Fortalecimiento de la estrategia alto a TB, en cuatro departamentos del pacífico colombiano (42 municipios).
- Implementación y puesta en marcha de la metodología Xpert para el fortalecimiento de la vigilancia en TB, sensible y resistente a fármacos antituberculosos en población del pacífico.

Acciones ejecutadas con el aval y apoyo temático de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones.

2.4.3 Infecciones asociadas a la atención de la salud

Se llevó a cabo el proceso de construcción de la Propuesta de la Política de prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS y Resistencia Bacteriana, se realizó el diagnóstico, la identificación de la problemática de manera participativa y posterior a la formulación de los componentes y líneas estratégicas de dicha política, se realizó la validación con las entidades de nivel nacional.

De otro lado, se creó la propuesta del plan estratégico para la implementación del programa, el cual se encuentra en proceso de validación, se desarrolló el componente teórico de un curso virtual para las IPS y adicionalmente el fortalecimiento de la respuesta ante un brote por IAAS desde el nivel nacional.

Se realizó el pilotaje de la estrategia de higiene de manos en la comunidad, en instituciones educativas y hogares FAMI de Soacha y Bogotá, con el fin de fortalecer las actividades de prevención de enfermedades transmisibles en la comunidad.

2.4.4 Enfermedades infecciosas desatendidas

▪ Geohelmintiasis

Se formaliza la consolidación del programa de prevención y control de las geohelmintiasis, en 19 direcciones territoriales de salud (Magdalena, Vichada, San Andrés y Providencia,

Cundinamarca, Guaviare, Arauca, Putumayo, Tolima, Amazonas, Norte de Santander, Sucre, Santa Marta, Quindío, Chocó, Caquetá, Nariño, Caldas, Vaupés y Cartagena), actividades desarrolladas en el marco de la estrategia de Quimioterapia preventiva antihelmíntica de Organización Mundial de la Salud junto a los lineamientos nacionales de desparasitación antihelmíntica.

Se llevó a cabo la desparasitación de 19.095 Niños y niñas en edad preescolar (1 a 4 años), 137.369 niños (as) en edad escolar (5 a 14 años) y 128,706 adultos considerados en vulnerabilidad. Las acciones de desparasitación y de educación para la prevención se han concentrado en los sectores más pobres de la población y en los grupos étnicos principalmente.

A través del programa de donación de Albendazol de la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, gestionó el envío de 1.434.118 dosis de Albendazol, para desparasitar a la población en riesgo de 5 a 14 años, en 21 entidades territoriales, el cual actualmente se está utilizando en campañas masivas acorde a los lineamientos nacionales.

▪ **Tracoma**

Se realizó la intervención con la estrategias SAFE y desparasitación antihelmíntica masiva en el 100% del área rural del departamento de Vaupés (aproximadamente 17.000 personas), donde se reconoce actualmente el foco de tracoma; así mismo, se suministró Azitromicina, como medida profiláctica a 17.000 individuos en riesgo, con el fin de interrumpir la transmisión de la enfermedad y se realizaron actividades educativas para la prevención de esta patología en 232 comunidades indígenas rurales.

Se gestionó y ejecutó la intervención quirúrgica Rotación tarsalbilamelar, en 27 pacientes con triquiasis tracomatosa.

2.4.5 Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis

Avances en el cumplimiento de metas

Se registró una disminución del número de casos de dengue grave en el país, pasando de 122.441 casos de dengue en 2013, a 105.356 en 2014; en dengue grave pasó de 3.113 casos a 2.619, reducción que afecta positivamente el indicador de letalidad

El subprograma de malaria, en relación al avance de las metas de propósito de la EGI-ETV en PDSP, ha registrado una reducción significativa de muertes por esta causa en el periodo 2001 - 2014, pasando de 164 a 19 muertes, correspondientes a una reducción >80%; Igualmente se observó disminución en el número absoluto de casos de malaria, a partir del año 2011, pasando de 66.320 casos a 39.610 casos.

Los avances alcanzados por el subprograma de Enfermedad de Chagas han sido; la certificación de la interrupción de la transmisión por vectores, domiciliados en 10 municipios endémicos y el avance en la interrupción en 19 municipios adicionales para su verificación en 2016; con relación a la letalidad por casos agudos, se observó reducción entre 2013 a 2014 pasando de 4.2% a 2.7%.

Políticas, planes, programas y proyectos

Durante 2014, en materia de políticas, planes, programas y proyectos en Enfermedades transmitidas por vectores como dengue/ Chikunguña, malaria, leishmaniasis y Enfermedad de Chagas en Colombia, el MSPS logró que el 90% de la DTS, de orden departamental y distrital, adaptaran y adoptaran la *Estrategia de Gestión Integrada para la Promoción, Prevención y Control de las ETV, 2012-2021*, así como en el 20% de municipios en riesgo de ETV categorías 1, 2 y 3 y 8% en categorías 4, 5 y 6. Los subprogramas de malaria, dengue/ Chikunguña, leishmaniasis y Enfermedad de Chagas realizaron la concertación para la elaboración de los planes estratégicos específicos 2014-2021, de cada subprograma y se definieron con las DTS, los municipios prioritarios según focalización y estratificación epidemiológica.

Se concertó y definió la primera versión del documento marco la EGI Zoonosis para el desarrollo de los programa de Rabia, Leptospirosis, Toxoplasmosis, Encefalitis Equina y Brucelosis y se inició la validación correspondiente.

Se generó el *Plan Nacional de Control de Hepatitis virales en Colombia, 2014-2018*, elaborado en conjunto con el Instituto Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud; el cual contó con la validación de representantes del Ministerio de Trabajo, la sociedad civil, la academia y secretarías de salud de varias entidades territoriales; enmarcado en 6 ejes: Promoción de la Salud, prevención y control de la transmisión de las HV, diagnóstico y atención integral de las HV, gestión del Conocimiento, capacidades de las entidades territoriales y monitoreo y evaluación. Convirtiéndose en un ambicioso plan con la proyección de metas para el corto, mediano y largo plazo que busca enfrentar la problemática representada por las Hepatitis virales en el país, involucrando acciones por parte de diferentes dependencias del Ministerio y de otras instituciones.

Actualmente se desarrolla un proceso de socialización a todos los actores responsables en el país.

En cuanto a los avances acordes a los componentes establecidos en la EGI se incluyen:

Adquisición y distribución de insumos

El MSPS adquirió insumos críticos (insecticidas, larvicidas y biolarvicidas) para garantizar su disponibilidad en las DTS y apoyar la operatividad de planes de acción de prevención y control del programa de ETV por un valor de \$ 5.339 millones. Además, se adquirieron y distribuyeron

medicamentos para el tratamiento de la Leishmaniasis por un valor de \$697 millones y se garantizó la disponibilidad de los medicamentos para enfermedad de Chagas y malaria.

Reorganización de los programas

En 2014, se generó el marco conceptual para la reorganización de los programas territoriales de ETV, se avanzó en los procesos de los departamentos de Santander, Córdoba, Putumayo, Choco y la segregación y asunción del distrito de Buenaventura.

Asistencia técnica

Se desarrolló un proceso de asistencia y apoyo técnico permanente a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, mediante visitas de asistencia técnica directa e indirecta (Eluminate, telefónica, correo electrónico), complementada con reuniones regionales y nacionales para evaluación y elaboración de planes estratégicos, seguimiento y evaluación del programa.

Gestión del conocimiento

En los proyectos fronterizos en malaria, se avanzó en la definición e inicio de actividades en el marco del plan Binacional Colombia- Panamá, el cual complementa el Plan Mesoamericano de Eliminación de la Malaria, y que el país ha liderado con México, articulado a la APC y el grupo de Investigación CLAIM. Igualmente, se concertó con Ecuador, la implementación de un plan binacional de vigilancia y control de ETV en la zona fronteriza. Se mantuvo y realizó la programación de actividades del proyecto internacional RAVREDA, articulado con el componente de Gestión del Conocimiento.

Se realizó el acompañamiento y se definieron los mecanismos para la transferencia de experiencias y conocimientos del Proyecto Malaria Colombia 2010-2015 (Incrementar el acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, seguro y eficaz para malaria en la población a riesgo en los municipios intervenidos; implementar la protección con mosquiteros tratados de larga duración en la población vulnerable objeto de la intervención; implementar y sostener el subsistema de información y gestión inteligente para la toma de decisiones a través del fortalecimiento del nivel local; Inteligencia epidemiológica y diseño e implementación de planes de comunicación y movilización social (COMBI) para incrementar factores protectores en malaria), financiado por el Fondo Mundial.

Se definió y financió la realización de proyectos para mejorar y fortalecer la capacidad institucional de los programas de prevención y control de dengue lo cual permitió la elaboración de líneas de base científica y técnica para el establecimiento de una nueva generación de programas regulares y sostenibles de promoción, prevención y control de dengue/Chikunguña.

Igualmente, se discutieron los productos de los proyectos realizados en el marco del programa *AEDES*, *Fundación Santa Fé* y *Salutia*. Participación y contribución a la actualización del Plan mesoamericano de prevención y control del dengue. Se realizó un proceso de capacitación regional de los equipos médicos de las redes de atención en departamentos prioritarios para mejorar el manejo de los casos de chikunguña/ dengue y el diagnóstico diferencial de casos febriles prevalentes. Se programaron reuniones regionales para la socialización y apoyo técnico a la elaboración de los planes departamentales de contingencia por la introducción de la fiebre chikunguña. Mediante la cooperación técnica con la OPS/OMS se logró la actualización de la guía de vigilancia entomológica y control vectorial en dengue.

Con la federación médica colombiana se realizó un curso virtual para la capacitación en el manejo clínico de los casos de malaria, dengue y Enfermedad de Chagas, dirigido a médicos, enfermeras y bacteriólogas. Se logró certificar a 5.000 profesionales de la salud.

Se logró la actualización y capacitación de 75 líderes de los programas de ETV en las DTS, con miras a mejorar las aptitudes y destrezas de los profesionales para fortalecer la gerencia de los programas de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores– ETV, a partir del enfoque de la EGI-ETV.

El subprograma Chagas, realizó capacitación para fortalecer la capacidad del diagnóstico, tratamiento y acciones colectivas e inicio del proyecto de control en San Juan del Cesar, en comunidades Wiwa; consolidación y mantenimiento del funcionamiento de la Red Chagas, que articula las instituciones públicas y privadas expertas en el marco de la Gestión del Conocimiento, que responde a las necesidades del programa; definición de lineamientos de manejo de casos crónicos en cooperación con OPS; y realización con DND el seminario para identificar barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento de casos crónicos con miras a iniciar un piloto en el segundo semestre de 2015.

En leishmaniasis, en el marco de la cooperación internacional con OPS se generó el lineamiento para la investigación de focos que contribuyan a la reducción de la morbilidad y el lineamiento para la atención clínica de casos.

Se logró el levantamiento de una línea de base etnográfica en dengue, aplicando la metodología COMBI, para el desarrollo de planes para el cambio conductual a nivel individual, comunitario, social e institucional para la prevención y control sostenido del dengue en municipios prioritarios. En un municipio piloto (Barranquilla), se desarrolla la implementación de un nuevo modelo de programa sostenido de dengue para su replicación a 53 municipios con la mayor carga de dengue en el país.

En el subprograma de malaria, en forma coordinada con el proyecto Malaria Colombia, se logró la validación de la metodología para la implementación de la estrategia de toldillos insecticidas de larga duración, en localidades prioritarias de los departamentos, con el 80% de la carga de malaria en el país, con coberturas cercanas al 75%. Igualmente, se introdujo la estrategia de protección con toldillos de larga duración en focos con transmisión de leishmaniasis visceral, intra y peridomiciliaria.

Atención integral de casos

Se realizó la actualización del lineamiento para el manejo de pacientes con leishmaniasis y enfermedad de Chagas crónico. Se incluye el lineamiento para el manejo de casos de Chikunguña sub agudo y crónico.

Inteligencia epidemiológica

Se inició la actualización de los protocolos de vigilancia en salud pública, el fortalecimiento del diagnóstico referencial por laboratorio en el INS, y se participa en la generación de protocolos de vigilancia entomológica y control vectorial en ETV.

2.5 Salud Sexual y Reproductiva–SSR

En desarrollo de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, se obtuvo una disminución del porcentaje de transmisión de VIH, de 2010 a 2012 pasó de 5.3% a 4%. La meta es llegar a un porcentaje del 2% o menos, para el 2015. Este indicador mide el porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil, con respecto al total de niñas y niños expuestos (hijas e hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación, parto o la lactancia materna), en un periodo determinado; en el mismo periodo la sífilis congénita presentó una disminución en su incidencia de 3.1 a 1.6, de igual manera la meta al 2015 es presentar una incidencia de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos; este indicador tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud, para dar acceso a diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH y sífilis en los programas de control prenatal.

Se evaluaron las estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva de adolescentes: Revelados, desde todas las posiciones, Temporadas 1 y 2 y de las piezas de la campaña Por Mi Yo Decido. Dentro de las conclusiones de la evaluación se encuentra que las dos propuestas (Revelados y por mi yo decido), con sus diferencias, responden a la necesidad de fortalecer y seguir trabajando los temas de los derechos sexuales y reproductivos de la juventud en Colombia. Ambos tipos de materiales y sus estrategias por otra parte, responden a la política pública y están claramente articuladas a los mandatos del CONPES 147. Son propuestas de comunicación a la vez compleja y atractiva, para públicos amplios, que brindan distintos tipos de información sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Ofrecen una orientación y perspectiva sobre los distintos aspectos de los DSR que no dan margen a equívocos en cuanto al enfoque de estos temas, ante todo como derechos contemporáneos de la juventud y de la ciudadanía en general. De esta manera se avanza en el prolongado proceso de ir desligando la promoción de los DSR de juicios morales y religiosos y de otras fuentes de prejuicios y valoraciones sociales y culturales negativas, sobre los temas del ejercicio libre, autónomo y responsable de la sexualidad, teniendo en cuenta las diferencias de género.

Desde finales del 2014, se dio inicio al diseño y planeación de la estrategia nacional de prevención de embarazo adolescente, centrada en el sujeto y la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos. A la fecha se espera realizar consulta a los y las adolescentes y jóvenes del país, para validar la construcción y avances en la propuesta de la estrategia.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, realiza las actividades planteadas en el CONPES 147/12, un esfuerzo técnico y financiero, y se cuenta desde el año 2013, con el “Proyecto de Iniciativas Juveniles” que tiene como objetivo apoyar la construcción y realización de proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. La cobertura geográfica para esta intervención es de 192 municipios de 30 departamentos del país y 620 organizaciones, grupos o redes juveniles atendidos para la implementación de iniciativas juveniles. Las iniciativas se dividieron en tres modalidades acorde con el ciclo de vida de los adolescentes y jóvenes, así como con los contenidos y temáticas según sus edades y vivencias: Categoría A de 12 a 14 años; categoría B de 15 a 17 años y categoría C de 18 a 24 años. Durante Mayo- Junio de 2014, se culminó el proyecto con la entrega de los insumos a las iniciativas aprobadas, se invirtieron cerca de 6774.661.368 pesos para la entrega de materiales, asistencia técnica y acompañamiento.

Actualmente, el Ministerio de Salud acompaña técnicamente a las Cajas de compensación familiar, en la formulación de los proyectos para la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) en el marco de la Resolución 780 de 2014. Con la aplicación a los recursos que dispone la resolución 780 de 2014, se implementarán unidades amigables, al igual, que se desarrollarán acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva de adolescentes. A continuación se relacionan las Cajas de Compensación que han manifestado su intención de aplicar a la implementación de los SSAAJ:

Cuadro No. 19 Cajas de Compensación con compromiso para implementar SSAAJ

COMFACESAR	CAJAMAG	COMFAMA	CAFASUR	COMFATOLIMA	COMFACAUCA	COMCAJA	COMFAMILIA R PUTUMAYO
Servicios amigables para adolescentes	Servicio Amigables Para Adolescentes Modalidad Ambulatoria Diferencial, en Ciudad Equidad y su Entorno en el DTCH de Santa Marta	Proyecto con-tacto juvenil	Jóvenes en movimiento por un futuro saludable(Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes)	Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes	Comfacauca y los jóvenes tejiendo futuro	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes	Servicios amigables para adolescentes: promoción de la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos y la equidad de género

En Salud Materna, durante el segundo semestre de 2014 y primero de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha realizado la difusión de los estrategias, herramientas e

instrumentos dispuestos para la garantía de la atención en salud materna, mediante la difusión de los Documentos y publicaciones científicas del tema.

Se ha realizado acompañamiento técnico a las Direcciones territoriales de Nariño, (Pasto e Ipiales) Valle del Cauca (Cali), Caldas (Manizales), Antioquia (Medellín), Huila (Neiva), específicamente en lo relacionado con la garantía de aplicación de la Sentencia C-355 de 2006, interpretación de las causales, objeción de conciencia, edad gestacional, barreras de acceso, instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud (Circular 03 de 2013) y guías, protocolos que definen modelos y rutas de atención, para lo cual se ha realizado la entrega y socialización de Lineamientos y Herramienta de Orientación y responsabilidades en IVE, a los equipos departamentales (Aseguramiento, Prestación de Servicios, Atención al usuario y Salud Pública (Dimensión de DS y DR, Dimensión de Salud Mental; Con actores del Sistema: Aseguradores y Prestadores; y, con otros actores, como Universidades, ICBF y otros.

Se realiza asistencia técnica integral en salud sexual y salud reproductiva con énfasis en salud materna al departamento del Vaupés, al cual se entrega en medio magnético la biblioteca de salud sexual y salud reproductiva, explicando el objeto de cada herramienta, así como a la nueva referente de SSR de Cesar. De igual manera, se realiza acompañamiento no presencial, a los departamentos de Atlántico y Barranquilla, Antioquia, Boyacá, Bolívar, Buenaventura, Caldas-Anserma Cesar, Guajira, Magdalena, Sucre, Valle del Cauca - Cali, y Bogotá, en temas concreto de salud sexual y reproductiva, parteras tradicionales, salud materna y acompañamiento a casos de Interrupción voluntaria del Embarazo, con barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud.

Al tiempo se socializa el set de herramientas técnicas explicitadas en párrafo anterior, el cual ha sido nuevamente entregado a todas las Entidades territoriales que participaron en la II reunión nacional de Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, desarrollada entre el 27 al 29 de mayo de 2015.

Por otra parte, se realiza la sistematización de la distribución de los insumos críticos en salud materna para atención de la emergencia obstétrica, por Entidad Territorial, con base en las actas de entrega y se gestiona el desarrollo de un diplomado en la estrategia de OPS/OMS, para el empoderamiento de mujeres, hombres, familia y comunidad, financiado por la ONG Enfants Du Monde y en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, para municipios priorizados en los Conpes Cauca, Catatumbo y Buenaventura.

Este Ministerio ha acompañado a Sociedades científicas en la difusión de las estrategias y acciones desarrolladas en salud materna para profesionales de la Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Enfermería y Medicina General.

SET DE HERAMIENTAS TÉCNICAS: Disponibles en:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/compilado-normativa-salud-sexual-reproductiva.pdf> y en lo específico de salud materna en: <http://goo.gl/P4VWCD>

2.6 Vida saludable y condiciones no transmisibles

La gestión de las Enfermedades No Transmisibles se traduce en los resultados obtenidos por los grupos de trabajo descritos a continuación.

2.6.1 Estilos, modos y condiciones de vida saludable- proyectos para la promoción y gestión de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos de vida:

Construcción de lineamientos técnicos para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable:

- Formulación de Lineamiento técnico para la promoción de estilos, condiciones y modos de vida saludable en los entornos: escolar, universitario, laboral, hogar y comunitario validado con actores del orden nacional.
- Formulación de Documentos Guía para la gestión integral en salud pública de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos: escolar, universitario y laboral validada en el orden nacional.
- Formulación de Lineamientos metodológicos para el diseño del mapa de procesos y el programa médico arquitectónico para el desarrollo de la infraestructura necesaria de los servicios básicos, que permitan la promoción de los estilos de vida saludable y la gestión integral de las ENT.
- Formulación de manual para identificar dificultades de aprendizaje en niños hijos de empleados de organizaciones saludables entre 6 y 10 años, dirigida a madres y padres de familia, para la reducción de ansiedad en el grupo familiar y laboral.
- Formulación de “Guía de Buenas Prácticas y lineamientos para Promover la Actividad Física y Pausas Activas en el Entorno Laboral. Incluye por primera vez elementos de elasticidad, fuerza y flexibilidad para reducir riesgo cardiovascular.
- Manual de Gestión sobre Inspección vigilancia y control de tabaco en Territorios, en desarrollo de la Ley 1335 de 2009, con apoyo de la Superintendencia de Industria y Comercio la Policía Nacional.
- Diseño, evaluación y activación de advertencias sanitarias 2014-2015.
- Propuesta de guía para la movilización social y el fomento de EVS y control de las ENT armonizado a los desarrollos de la promoción de PYP.
- Modelo de articulación sistémica de las redes sociales para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable.

Estrategias para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable

- Participación como Ponente sobre “entornos y ciudades saludables para las ENT”, en el VII Foro Urbano Mundial, representando a Colombia, selección mediante concurso por ONUHABITAT, se logra alinear objetivos, metas, instancias y estrategias estructurales de PDSP, Plan de Desarrollo y POT para ciudades con menos ENT y Estilos de Vida Saludable.

- Documento de Sistematización de 55 experiencias territoriales en la promoción de la estrategia de ciudades saludables: Inicio del trabajo en 16 intervenciones poblacionales con evidencia para la gestión de la estrategia 4x4 para los EVS y la prevención de ENT.
- Formulación de “Guía de Buenas Prácticas y lineamientos para Promover la Actividad Física y Pausas Activas en el Entorno Laboral. Incluye por primera vez elementos de elasticidad, fuerza y flexibilidad para reducir riesgo cardiovascular.
- Implementación de la estrategia de Escuelas de puertas abiertas (EPA) por los estilos de vida saludable (EVS), en 13 departamentos: (Nariño, Cauca, Huila, Chocó, Antioquia, Cesar, Sucre, Córdoba, Magdalena, Guajira, Bolívar, Norte de Santander y Tolima), 44 Instituciones educativas en zonas de alta vulnerabilidad por conflicto y población desplazada y una cobertura de 42.912 estudiantes, 194 funcionarios; 15 semilleros juveniles, 362 jóvenes de MEN y Cultura y Recreación.
- Implementación articulada de la III fase de la estrategia de escuelas saludables y promoción de los estilos saludables entre MEN y MSPS- SENT, en 76 de 79 (94%) ET (32 Departamentos y 44 Municipios certificados por MEN).
- Diseño e implementación en la WEB Modelo de Monitoreo y seguimiento a la gestión intersectorial de las dos estrategias, que incluye el componente de salud ambiental.
- Modelo operativo para el seguimiento, monitoreo y evaluación, basado en procesos para el grupo EVS.

Estrategia promocional para la promoción del consumo de frutas y hortalizas

- Formulación de cartilla “ABC para la implementación de los puntos de distribución de frutas y verduras en los entornos de vida”.
- Puesta en marcha, validación y sistematización del proyecto piloto de maquina dispensadora de frutas y verduras en el entorno laboral.
- Formulación de seis proyectos intersectoriales para la promoción de frutas y verduras (CISAN) en seis departamentos: Guaviare, Tolima, Antioquia, San Andrés, Valle del Cauca, Santander
- Constitución de tres (3), alianzas público - privadas y concertación intersectorial para la puesta en marcha de los puntos de oferta de frutas y verduras.
- Plan de acción conjunto para la viabilización del proyecto nacional para la promoción del consumo frutas y verduras.

Estrategia promocional para la promoción de la actividad física

En lo relacionado con la implementación de la estrategia once para la salud se avanza en las siguientes actividades

- Capacitación en el curso internacional para la implementación del programa FIFA once para la salud: 790 docentes de educación física, funcionarios SS Y SE, de 13 ciudades capitales: Bogotá, Cartagena, Manizales, Cali, San Andrés, Barranquilla, Armenia, Pereira, Medellín, Villavicencio y Bucaramanga.

- Diseño de la metodología y protocolo para la evaluación del cambio comportamental en niños frente a los 11 mensajes que transmite la estrategia; en la cual se validó y se determinaron las características psicométricas del instrumentos
- Manual de lecciones aprendidas y buenas prácticas en la implementación de la estrategia en 4 ciudades priorizadas, Bogotá, Cali, Cartagena y Manizales.
- Modelo prospectivo de expansión y sostenibilidad de la estrategia al 2021.
- Estrategias de posicionamiento: Eventos promocionales en Bogotá, FCF de futbol y medios deportivos, prensa radio y tv; diseño de piezas comunicacionales, material del programa para redes sociales.
- Plan para el desarrollo, implementación y seguimiento de la iniciativa Nacional FIFA ONCE PARA LA SALUD en los territorios priorizados para esta etapa.

Estrategia promocional para el control al consumo y exposición al humo de tabaco

Los resultados para el periodo en la Implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), son:

- Lanzamiento de la campaña “Generación Más. Somos Más Sin Tabaco” y Estrategia Generación Más año 2014.
- Manual de Gestión sobre Inspección vigilancia y control de tabaco en Territorios en desarrollo la Ley 1335 de 2009 con la Superintendencia de Industria y Comercio la Policía Nacional
- Evaluación del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco periodo 2014-2015 - 2015-2016
- Proyecto de Resolución "Por la cual se establece la información que debe ser presentada por los fabricantes e importadores de productos de tabaco y el mecanismo de suministro de la misma.", en revisión por las entidades competentes.
- Elaboración del seguimiento al avance de la política de control de tabaco: Reporte BIANUAL de Avance en la implementación del Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT), que como país, Colombia debe enviar a la Secretaría del CMCT.
- Inclusión del núcleo central de preguntas de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA) en la Encuesta Nacional de Salud para 2015 y en la encuesta ENSE.
- Soporte jurídico y técnico exitoso a los procesos judiciales en tres demandas por más de 20.500 millones de pesos (Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho) en contra del Min-Salud debido a las regulaciones sobre etiquetado y empaquetado de productos de tabaco.
- Avance en el proceso de cooperación técnica con el Gobierno de Uruguay para el fortalecimiento de las medidas relacionadas con el etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados.

Estrategia promocional para el control al consumo abusivo de alcohol

- Socialización y distribución en las Entidades territoriales de la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol en Colombia y sus desarrollos técnicos (Estrategia Pactos Comunitarios; Programa Pactos por la Vida; Estrategia

Prevención Selectiva de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria; Estrategia Prevención Indicada e Intervención Temprana de Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios; Guía de Práctica Clínica para el Consumo Abusivo de alcohol en Adultos), realizado en el encuentro nacional de salud mental, para consulta a nivel Nacional se incorporó una videoconferencia de la Estrategia en el sitio web.

- En asocio con la Organización Panamericana de la Salud OPS el país realizó la Segunda Reunión de la Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública donde los países del hemisferio compartieron las experiencias y avances en esta materia; se contó con la participación de los referentes territoriales de salud mental.
- Asesoría a Cajas de Compensación del país para la inclusión de las Estrategias Prevención Selectiva de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria y Prevención Indicada e Intervención Temprana de Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios.
- Lineamientos, en términos contractuales, para continuidad de la implementación nacional de la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol en Colombia y algunos de sus desarrollos técnicos (Estrategia Pactos Comunitarios; Programa Pactos por la Vida; Estrategia Prevención Selectiva de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria; Estrategia Prevención Indicada e Intervención Temprana de Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios).
- Mejorar la capacidad técnica del personal de atención primaria para la identificación oportuna e intervención temprana de los problemas por consumo de alcohol en los servicios de salud.
- Ampliación de la oferta y velar por que se garantice la calidad de los servicios de salud en tratamiento y rehabilitación para el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas.

2.6.2 Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras Condiciones Crónicas

Salud Cardiovascular y Diabetes

- Desarrollo de la Estrategia “Conoce tu riesgo, Peso Saludable” la cual permite la detección temprana de enfermedad cardiovascular y diabetes, dirigida a 36 millones de colombianos mayores de 18 años, iniciando su socialización en el mes de Marzo 2014.
- Diseño de la estrategia Un millón de Corazones Colombia, la cual tiene como objetivo reducir la mortalidad ocasionada por infarto agudo de miocardio y ataque cerebrovascular, a través de intervenciones de acuerdo con el nivel de riesgo cardiovascular, que buscan el control de las cifras de tensión arterial, la cesación en el consumo y la exposición a productos derivados del tabaco, el control de los niveles de colesterol y el suministro de Aspirina.
- Propuesta técnica para el ajuste de los programas de prevención y rehabilitación cardiovascular con apoyo de la Sociedad Colombiana de Cardiología y la Sociedad Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, a fin de brindar atención integral y de calidad a personas con eventos cardiovasculares.
- Diseño y puesta en marcha del observatorio para la salud cardiovascular, Diabetes y Enfermedad renal crónica a nivel nacional OCADER, que permite mantener el análisis

actualizado de la situación de dichas patologías, vigilancia de los procesos de atención de las tecnologías y medicamentos utilizados en la atención.

- Lanzamiento de las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión Arterial, dislipidemia y del Síndrome coronario agudo.
- Elaboración de Ruta integral para la gestión integral del riesgo cardiovascular aterogénico: que incluye la ruta general, y las de Diabetes, síndrome coronario agudo y accidente cerebrovascular las cuales son uno de los pilares del Modelo de atención integral en salud.
- Implementación del Programa de Asistencia Técnica Virtual para enfermedades cardiovasculares y diabetes a través de la plataforma Blackboard, lo cual ha contribuido al fortalecimiento de capacidades en los territorios para la gestión del riesgo.
- En el marco de la Resolución 780 de 2014, veinticuatro (24) Cajas de Compensación presentaron proyectos para el Programa de Gestión y mitigación de Enfermedades cardiovasculares, los cuales recibieron aprobación. Con la ejecución de estos proyectos se espera alcanzar resultados en la reducción del riesgo cardiovascular y de diabetes en la población beneficiaria.
- Inclusión de Colombia en la iniciativa Internacional de Estandarización del tratamiento de Hipertensión Arterial, con apoyo de CDC, que busca entrenar al personal médico en tratamiento farmacológico, lo cual se traduce en la reducción de la morbimortalidad asociada a la hipertensión.
- Se dio inicio a la socialización del Plan Decenal para la Salud Cardiovascular, Prevención y Control de la Diabetes ante especialistas clínicos.
- Apoyo técnico a la Alcaldía de Barranquilla, para el monitoreo y seguimiento al proyecto “Vida Nueva, sin diabetes Gestacional”, a través del cual se obtendrán cifras reales de la incidencia y prevalencia de la diabetes Gestacional en un territorio.
- Apoyo técnico al Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas no Transmisibles, FUNCENTRA, para la aprobación y ejecución del proyecto “Mi pie”, encaminado a prevenir las amputaciones en pacientes diabéticos
- Participación para evaluar los avances en el marco del convenio de Cooperación internacional entre el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y los Centros para el Control de Enfermedades –CDC de los E.E.U.U, desarrollada en Washington, donde se presentaron los avances en el diseño de las estrategias para el control de las Enfermedades cardiovasculares denominadas: Un millón de corazones y Proyecto de Estandarización global del tratamiento de hipertensión.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

- Fortalecimiento de las intervenciones poblacionales para el control del tabaquismo como principal factor de riesgo para EPOC, a través de la implementación del Convenio Marco para el Control de Tabaco y la Ley 1335 de 2009, así como apoyar los proyectos normativos que mejoran el control de tabaco en Colombia para la prevención de esta patología.
- Implementación del Programa de Asistencia Técnica Virtual para EPOC, a través de la plataforma Blackboard, lo cual fortalece la gestión para el control y prevención del EPOC en las entidades territoriales, dando a conocer la situación actual de la EPOC y la

propuesta de estrategia de detección temprana a partir de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica.

Control de Cáncer

- Las acciones desarrolladas durante periodo se enmarcan en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012- 2021, adoptado mediante la Resolución 1383 de 2013, dado que el plan contempla seis líneas de acción. En la línea de detección temprana, se lograron importantes avances a través del Convenio 550 suscrito con el Instituto Nacional de Cancerología INC para las vigencias 2013-2014:
 - **Cáncer de cuello uterino**
- Se dio continuidad a los procesos de capacitación a médicos, enfermeras y ginecólogos procedentes de zonas de difícil acceso de los departamentos de Amazonas, La Guajira, Caquetá, Nariño, Valle del Cauca. Arauca, Casanare, Meta y Vichada, en el marco de la estrategia 'Ver y Tratar', la cual permite que en una solo visita o dos se aplique la técnica de Inspección visual para detección temprana del cáncer y se realice tratamiento inmediato con crioterapia.
- Realizó la socialización de las recomendaciones de la Guía de Atención para Lesiones Preneoplásicas del Cáncer de Cuello Uterino, dando lugar a que los diferentes actores adecuen los programas de detección temprana de esta enfermedad.

Cáncer de mama

- Se capacitó a cerca de 100 profesionales de la salud, entre médicos generales, radiólogos, patólogos y tecnólogos de las ciudades de Armenia, Bucaramanga, Pereira, Neiva, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Valledupar, San Andrés, Villavicencio, Cali, Pasto, Manizales, y Bogotá. El principal propósito de la capacitación fue sensibilizar sobre la importancia del control de calidad en los servicios de mamografía y entrenamiento en las técnicas para la detección de la enfermedad.
- También llevaron a cabo visitas de primera vez y de seguimiento a servicios mamográficos de las ciudades previamente mencionadas.
- Se realizó el estudio de oferta en servicios de mamografía en Colombia, con el cual se logró caracterizar la disponibilidad de equipos de mamografía del país según su ubicación geográfica y estado actual, así como establecer las bases para el desarrollo de una red nacional para el control de calidad de los servicios mamográficos en Colombia.

Cáncer de próstata y de colon y recto

- Se avanzó en la elaboración de manuales y un curso dirigido a médicos generales para fortalecer las capacidades en detección temprana de estas enfermedades.

Línea estratégica: Atención, recuperación y superación de los daños causados por cáncer

Se encuentran concluidas y publicadas las Guías de Práctica Clínica para cáncer de mama, colon y recto, próstata, leucemia mieloide y linfocítica aguda pediátrica, linfoma Hodgkin y No Hodgkin en niños, niñas y adolescentes, carcinoma escamocelular y basocelular de piel y queratosis actínicas; así mismo, se encuentra concluida la guía de atención integral para cáncer de cuello uterino.

En conjunto con el INC, se desarrolló la propuesta del Modelo de Atención para Cáncer, que tiene como pilar fundamental la reorganización de la oferta y demanda de servicios, para lo cual el país.

En la actualización del POS se logró incluir nuevos medicamentos, tratamientos y dispositivos médicos para tratar cánceres de próstata, gástricos, de colon y recto y de mama y leucemias en niños y adultos.

En lo referente a la Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer se logró la conformación del Sistema de Información en cáncer y el Observatorio de cáncer a nivel nacional, lo que permitirá mantener un análisis actualizado de la situación del cáncer, vigilancia de los procesos de atención, las tecnologías y medicamentos utilizados para la atención del cáncer.

Se estableció el reporte para el registro Nacional de pacientes con cáncer como una herramienta de información para el monitoreo, el seguimiento y el control de los pacientes oncológicos, en ese sentido las IPS, las entidades territoriales y las EPS, deben reportar de manera obligatoria a la Cuenta de Alto Costo la información general relacionada con los servicios prestados para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes.

Como acciones para fortalecer los procesos de formación y desarrollo del talento humano en oncología, se adelantó la construcción de una propuesta de competencias en las profesiones del área de la salud y especialidades médicas con la Academia Nacional de Medicina, para el desarrollo de la política de Talento Humano en salud, con énfasis en prevención, promoción y detección y atención en la prestación de servicios oncológicos.

▪ **Control integral del cáncer infantil 2014 – 2015**

Detección temprana – Diagnóstico oportuno del cáncer infantil

Se desarrolló una Jornada de asistencia técnica en la cual participaron la totalidad de Secretarías Departamentales de Salud; durante la jornada se impartieron instrucciones para atención integral del cáncer infantil enmarcados en los desarrollos de la reglamentación de la Ley 1388 de 2010.

En coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, se avanzó en la implementación del Proyecto Piloto para Implementación del Módulo AIEPI, para la

detección temprana de cáncer en menores de 18 años, en dos áreas demostrativas: Cali y Bucaramanga. Han sido entrenados 80 médicos generales y enfermeras profesionales y 15 pediatras en la ciudad de Cali y 43 médicos y enfermeras profesionales en la ciudad de Bucaramanga. El Ministerio de Salud y Protección Social participó de 3 jornadas educativas dirigidas.

Atención, recuperación y superación de los daños causados por cáncer

En el marco del Convenio 550 de 2013, suscrito con el Instituto Nacional de Cancerología, fue concluido el Estudio de Caracterización de la oferta de servicios oncológicos pediátricos, en el cual se caracterizaron 746 servicios en 370 IPS del país. Esta información servirá de base para la definición de las IPS, que en el país se podrán habilitar como Unidad de Atención Integral en Cáncer Infantil.

Se avanzó en la propuesta del Modelo de Atención para Cáncer, que tiene como pilar fundamental la reorganización de la oferta y demanda de servicios, para lo cual el país buscará consolidar Unidades de atención para la atención del cáncer infantil y de adultos, en IPS especializadas de alto nivel de complejidad y redes de servicios oncológicos.

Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer

En coordinación de la Dirección de Epidemiología y Demografía, se avanzó en la implementación de la Estrategia Nacional de Seguimiento a Enfermedades Priorizadas, a través de esta, se ha dado seguimiento a cada caso de cáncer infantil identificado en el SIVIGILA, introduciendo alertas en los procesos de atención y favoreciendo el despliegue de intervenciones resolutivas oportunamente.

Reglamentación de la Ley 1388 de 2010 “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”

Se expidió la Resolución 1868 de 2015, “Por la cual se establecen los criterios para la conformación de la Red de Unidades de Atención de Cáncer Infantil”.

Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil y Consejos Departamentales Asesores de Cáncer Infantil

En una Jornada de asistencia técnica en la cual se brindaron elementos normativos y operativos para la conformación e implementación de los Consejos Departamentales Asesores de Cáncer Infantil. Actualmente, se encuentran conformados los Consejos Departamentales Asesores de los siguientes departamentos: Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Cundinamarca, Huila, Meta, Norte de Santander, Caldas, Magdalena, Risaralda, Santander, Valle del Cauca.

Se brindó acompañamiento a la Mesa Técnica de Cáncer Infantil de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C., en ésta se definieron compromisos con las EAPB e IPS, para fortalecer la atención del cáncer infantil en el Distrito Capital.

Se desarrolló en la ciudad de Bucaramanga, una sesión de asesoría y asistencia técnica al Consejo Departamental Asesor de Cáncer Infantil de Santander, donde se definieron acuerdos para la operación del Consejo y la implementación de la Ruta de Atención para niños con Leucemia.

Salud Visual

En proceso de validación con el INCI, se encuentra el primer “Manual de prevención de ceguera” para Colombia, el cual suministra información conceptual para el desarrollo de actividades de información, educación y comunicación en salud visual y está dirigido a las entidades territoriales de salud.

Elaboración de documento guía de salud visual para los territorios

- Elaboración del documento técnico para el abordaje preventivo de la retinopatía del prematuro, en articulación con la Oficina de Promoción Social y con la Estrategia de Atención Integral a la primera infancia (De 0 a siempre).
- Participación en los procesos de actualización de la Resolución que establece los dispositivos médicos sobre medida para salud visual y ocular, este ejercicio se ha desarrollado con el liderazgo de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en salud. Se han realizado mesas de trabajo con la Federación Colombiana de Optómetras y con el INCI, para revisar y discutir los nuevos dispositivos que deben entrar en la actualización de la norma, se continúa levantando evidencia científica que soporten las nuevas inclusiones.
- Definición de contenidos técnicos de las Guías de Práctica Clínica, para el diagnóstico, y tratamiento de los Defectos de refracción y la Ambliopía, se ha desarrollado con el acompañamiento de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- Desarrollo de la campaña de Salud Visual, en el marco del día Mundial de la visión 2014 “La baja Visión también es una discapacidad”, con el INCI.
- Asesoría y acompañamiento al departamento del Meta, en la construcción del proyecto para Detección temprana de Alteraciones visuales en la población de 0 a 14 años, proyecto financiado por el Sistema General de Regalías.
- Se realizó el proceso de actualización de los códigos únicos de procedimientos en salud CUPS, para todo lo relacionado con salud visual y ocular.

Salud Auditiva

Para este periodo se realizó la estructuración del programa de atención integral en salud auditiva y comunicativa para las acciones territoriales, del mismo modo se definió la proyección de la norma técnica de detección temprana de los desórdenes del sistema auditivo.

- Elaboración del lineamiento Nacional entorno laboral saludable “Oye comunícate y vive un entorno laboral saludable”, así como del Documento Guía “Salud Auditiva y comunicativa” que incluye el análisis de situación y la hoja de ruta para el posicionamiento del tema en política pública y despliegue de acciones. También se construyó el “Manual de buenas prácticas para la salud auditiva y comunicativa”, como lineamiento para el trabajo en los entorno “Somos todo Oídos”.
- Participación en la mesa sectorial del MSPS, para el abordaje de las ENT y la discapacidad en torno a la reglamentación de la ley 1618 de 2013, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
- Elaboración e implementación del Manual de Buenas prácticas para establecimientos de fabricación y ensamble de dispositivos médicos de ayuda auditiva en Colombia
- Elaboración de la Estrategia Nacional sobre “Cuidado del Oído y la Audición”, para la celebración del día Internacional de la audición 2014 y gestión para el desarrollo de la misma.
- Asesoría y acompañamiento técnico a la Secretaria Departamental de Salud del Meta en la formulación del proyecto “Salud visual y Auditiva”, financiado por sistema general de regalías.

2.7 Salud mental y convivencia social

- En el marco de la promoción de la Salud mental, se dio Operación al Observatorio Nacional de Salud Mental y sustancias psicoactivas y plataforma spacio.gov.co, como herramienta de gestión del conocimiento y de los sistemas de información.
- Apoyo a la reglamentación de la Ley 1414 de 2010, “por la cual se garantiza la atención integral a las personas con epilepsia”. Con mesa de expertos, asociaciones de usuarios y sus familias, se elaboró propuesta de acto administrativo y se inició la elaboración de anexo técnico, consistente en ruta de atención para garantizar la atención integral de las personas con epilepsia.
- Desarrollo del lineamiento técnico para el componente comunitario de la estrategia de gestión del riesgo en salud mental, que tiene por objetivo el fortalecimiento de los procesos de coordinación intersectorial y de los procesos comunitarios para gestionar los riesgos en salud mental.
- Convenio marco de asociación 789 de 2014, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Asociación Colombiana de Psiquiatría, cuyo objeto “es aunar esfuerzo para propiciar espacios académicos de divulgación y mecanismos de difusión pública, socialización y discusión de los desarrollos en las temáticas de interés en Política Pública en Salud Mental”. Como derivado se suscribió el convenio 790 de 2014, cuyo objeto fue socializar y debatir el componente de Políticas Públicas en Salud Mental en el escenario Nacional y Regional, mediante la discusión académica, en el marco del XXXVIII Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina - APAL y el LIII Congreso Colombiano de Psiquiatría. En este congreso se abordaron temáticas relacionadas con la Política Pública en Salud Mental en Colombia y en otros países de la región, la difusión de las Guías de Práctica Clínica desarrolladas para problemas y trastornos mentales, los fenómenos psicógenos colectivos y la estrategia de gestión del riesgo en salud mental y su vinculación con el conocimiento y la práctica clínico-psiquiátrica.

- Elaboración de Guías de práctica clínica para la atención integral de personas con Esquizofrenia y epilepsia.
- Desarrollo de Modelos de atención para suicidio, trastorno de la conducta alimentaria, violencia escolar por pares.
- Desarrollo de modelo de atención en salud mental para población indígena, con énfasis en suicidio, a través de concertación y validación con comunidades indígenas de Tierra Alta (Córdoba), Alto Baudó (Chocó) y Mitú (Vaupés).
- Desarrollo de modelo de atención en salud mental con enfoque psicosocial, para víctimas del conflicto armado, concertado con líderes y representantes institucionales de Cali, Quibdó y Pasto.
- Desarrollo de lineamiento técnico para la Desinstitucionalización de personas con trastorno mental crónico, para la transformación de los servicios en salud mental, a través del fortalecimiento de la atención primaria, la participación comunitaria y la inclusión social.
- Documento de revisión de las intervenciones de efectividad probada en la prevención y atención de la conducta suicida y su inclusión en planes territoriales de salud pública en 5 entidades territoriales.
- Estrategia de comunicación para la reducción del estigma de personas con enfermedad mental crónica, validada en tres entidades territoriales.
- Elaboración de Lineamientos técnicos y piloto para la formulación de un modelo de promoción de la salud mental, con acciones intersectoriales, con concertación y validaciones en tres ciudades (Pereira, Medellín y Pasto).
- Desarrollo de manuales de procesos y procedimientos para diferentes y nuevas modalidades de atención en salud mental, establecidas en la Ley 1616 (Hospital Día, Unidades de Salud Mental y Clínica Psiquiátrica), que cuentan con estándares de habilitación establecidos en la Resolución 2003 de 2014.
- Documento técnico de evaluación de barreras de acceso para los servicios de salud mental e implementación de planes de mejoramiento en cinco entidades territoriales.
- Lineamiento técnico de la vinculación del componente de salud mental a la estrategia 4 x 4 y de Estilos de Vida Saludable.
- Reglamentación de la Ley 1616 de 2013. Desarrollo de la Mesa de servicios para la reglamentación del Art. 13. En esta mesa participaron representantes de agremiaciones profesionales, académicas y prestadores de servicios de salud mental; se elaboraron definiciones, alcances técnicos y competencias del recurso humano para cuatro modalidades de atención: Rehabilitación Basada en la Comunidad, Grupos de Apoyo, Atención pre-hospitalaria y Centros de salud mental comunitaria.
- Actualización de la Política Nacional de Salud Mental de 1998. Con el apoyo del departamento de Psicología de la Universidad Nacional, se realizaron mesas de expertos y reuniones de concertación con distintos organismos académicos, representantes de EPS e IPS de salud mental y representantes de asociaciones de pacientes, sus familias y cuidadores, para la discusión y ajuste de los componentes, las estrategias y líneas de acción de la política de salud mental que den respuesta a las necesidades de la población con enfoque diferencial y poblacional.

- Acompañamiento técnico al Departamento de Bolívar y al Municipio de El Carmen de Bolívar, en el abordaje del evento psicógeno masivo en niñas y jóvenes escolarizadas durante 2014.
- Actualización de estándares de habilitación de servicios en salud mental. Se revisaron los estándares de habilitación para los servicios de salud mental en las distintas modalidades de atención contemplados en la Resolución 1441 de 2013 y se ajustaron a través de la Resolución 2003 de 2014.
- Formación piloto a 120 profesionales (médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, y enfermeras) en la Guía MHGAP (Programa de Acción Mundial para la superación de Brechas de Atención en Salud Mental) para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en el nivel de atención en salud no especializado, en cuatro entidades territoriales.
- Gestión y acompañamiento técnico para el desarrollo del Estudio Nacional de Salud Mental 2014, en asocio con Colciencias y Universidad Javeriana.
- Trabajo técnico conjunto con el Instituto Nacional de Salud, para el diseño e implementación de sistema de vigilancia en salud mental y protocolos para la vigilancia en Salud Mental (Conducta suicida, trastornos de la conducta en la infancia).
- Socialización a 36 entidades territoriales, de los Lineamientos técnicos para la formulación y desarrollo de proyectos para la promoción de la convivencia y prevención, a ser financiados con recursos provenientes del impuesto social a municiones y explosivos.
- Construcción y validación de la Estrategia de Gestión del riesgo en salud mental, en sus componentes institucional y comunitario, con la participación de 90 profesionales referentes de salud mental departamentales, distritales y municipales y representantes de EPS e IPS de servicios de salud mental.
- Apoyo para los la formulación de Estudios Previos para la realización Convenios de cooperación internacional con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional para la Migraciones; mediante los cuales se busca aumentar la capacidad resolutoria de los niveles de atención en salud básicos de 30 entidades territoriales y generar un enfoque diferencia para la atención en salud mental, con énfasis en suicidio, para la población indígena
- Acompañamiento técnico al desarrollo de operativo de campo y alistamiento para el análisis de la información del Estudio Nacional de Salud Mental, cuyos resultados se publicarán en Septiembre de 2015.
- Ajustes del documento de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental (RBC).
- Conjuntamente la Dirección de Talento Humano en Salud se elaboraron los Perfiles de agentes comunitarios en salud y del auxiliar de salud pública.
- Avances en la reglamentación de la Ley 1616 de 2013 (Ley de salud mental). Inclusión de la Rehabilitación Basada en Comunidad, como tecnología del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (Resolución 518 de 2015). Diseño de cronograma y plan de trabajo para la mesa de servicios en salud mental para la reglamentación del artículo 13 de la citada Ley.
- Diseño de herramientas operativas en el componente comunitario de la estrategia de Gestión del Riesgo en Salud Mental.

- Elaboración de la matriz de intervención y ruta de atención para el grupo de riesgo “problemas y trastornos mentales” como herramienta del Modelo Integral en Salud.
- Formación a 36 profesionales de equipos básicos de salud (profesionales en medicina, enfermería, trabajo social y psicología) en detección temprana y atención oportuna de los problemas y trastornos mentales más prevalentes, a través de la metodología MHGAP de la Organización Mundial de la Salud, en El Carmen de Bolívar (Bolívar). Dicha formación hace parte de la asistencia técnica brindada a la entidad territorial para el fortalecimiento de la atención en salud mental en el municipio en consideración al evento sociógeno colectiva ocurrido durante 2014.
- Apoyo técnico a entidades territoriales para la formulación y gestión de recursos para la financiación del proyecto “Promoción de Convivencia Pacífica a nivel Familiar y Comunitario y Prevención de Problemas y Trastornos Mentales en la Población Adolescente del Municipio El Carmen de Bolívar”.
- Avances en la reglamentación de la Ley 1414 de 2010, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral. En equipo de trabajo conformado por el Ministerio de Salud, sociedades científicas, academia y asociaciones de pacientes y sus familias se elaboraron los anexos técnicos para la expedición del acto administrativo reglamentario, a saber: a) Matriz de intervenciones y ruta de atención integral a la epilepsia; b) Diseño de documento técnico para la puesta en funcionamiento de la unidad de análisis en epilepsia
- Asistencia Técnica a la Secretaría de Salud y al Hospital Mental de Filandia (Quindío), para la articulación de los componentes de la Estrategia de Gestión del Riesgo en Salud Mental en el Plan de Salud Pública departamental.
- Participación en la mesa técnica para la construcción del modelo de atención en salud mental para víctimas de violencia de género de la Secretaría de Salud de Bogotá.
- Gestión para la cooperación técnica con el Banco Mundial, con el objetivo de articular la Atención Primaria en Salud Mental a la Estrategia de Gestión del Riesgo, a través de espacios de discusión con expertos nacionales e internacionales.
- Representación en la Conferencia Ministerial sobre Demencias, de la Organización Mundial de la Salud, realizada en Ginebra (Suiza) el 16 y 17 de marzo de 2015
- Apoyo técnico a la formulación del proyecto en salud mental, del Sistema Nacional de Regalías, del municipio La Jagua de Ibirico.
- Apoyo técnico a la Dirección de Prestación de Servicios del Ministerio de Salud, en la formulación del Modelo de Atención en Salud para Población Privada de la libertad y en el diseño de la propuesta de Estándares de Calidad para Establecimientos de reclusión para inimputables, con base patológica permanente o transitorio y personas con trastorno mental sobreveniente, definidos por la Ley 1709 de 2014.

2.8 Farmacodependencia

Entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2014, el Fondo Nacional de Estupefacientes, cofinanció y ejecutó un total de quince (15) proyectos de prevención contra la farmacodependencia, los cuales beneficiaron a quince (15) municipios en seis (6) departamentos. La inversión total fue por valor de \$1.055,3 millones.

En la presente vigencia y con ajuste a los objetivos de la Unidad, en cuanto a la cofinanciación de “**Programas de Prevención de Drogadicción y Farmacodependencia por Uso de Medicamentos Sometidos a Fiscalización**”, en conjunto con la Policía Nacional - Dirección de Antinarcóticos, se suscriben convenios con las ciudades de Barranquilla, Bogotá (localidad de Suba), Armenia, Pereira, Ibagué, Neiva, Cali y el departamento de Caldas, para los municipios de Manizales, Chinchiná y Dorada. La cofinanciación total de estos Convenios será de mil treinta y cinco millones de pesos (\$1.035.0). De otra parte se está trabajando en la suscripción de otros convenios con los Fondos Rotatorios de Estupefacientes –FRE-, cuyo objeto será recolectar la información necesaria para la elaboración de la línea de base de consumo de medicamentos de control en el país. En este último proyecto se encuentran incluidos a la fecha los FRE de Caldas, Risaralda, Huila y Casanare, por valor de ciento treinta y nueve millones ochocientos mil pesos (\$139.8).

En el siguiente cuadro se incluyen los proyectos, cuyos convenios fueron suscritos en la vigencia 2014.

Cuadro No. 20 - Proyectos con Convenios suscritos 2014

N°	Proyecto	Municipio beneficiado	Fecha de suscripción	Valor de cofinanciación millones
1	Con arte manual se previene la drogadicción en instituciones de educación secundaria	Pueblo Nuevo	14/08/2014	45.9
2	Escuela audiovisual talentos	Silvania	19/08/2014	46.0
3	Mi Gente Joven saludable	Charalá	25/08/2014	95.9
4	Tras la huella de la Juventud	San Andrés	05/08/2014	89.5
5	Danzando Hacia el Futuro	Pachavita	27/08/2014	106.8
6	Sembrando campeones	Nueva Granada	27/08/2014	48.0
7	Por medio de la actividad lúdica y deportiva se previene la drogadicción en los jóvenes de las instituciones secundarias	Los Santos	28/08/2014	52.3
8	Disciplina deportiva eliminando las drogas de tu Vida	Curití	01/09/2014	44.4
9	Semillero Sinfónico	Prado	02/09/2014	126.0
10	Construyendo Futuro	Plato	04/09/2014	61.6
11	Jóvenes Actuando hacia el futuro	Rióblanco	09/09/2014	97.8
12	Con la Práctica del Bullerengue se Previene la Drogadicción en Estudiantes de Educación Secundaria de la institución Educativa	Puerto Escondido	09/09/2014	37.7
13	Choachí Saludable y deportiva	Choachí	18/09/2014	49.3
14	Talentos musicales de Cuitiva	Cuitiva	23/09/2014	69.7
15	Danza Urbana Vida Sana	Tibacuy	03/09/2014	83.8
Total				\$1.055.3

Fuente: Elaboración FNE

2.9 Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN

Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN-

- El MSPS promovió la transición de las funciones de Secretaría Técnica de la CISAN, realizando la gestión administrativa que permitiera modificar parcialmente el Decreto

2055 de 2009, por medio de la expedición del Decreto 1115 de 2014, que permitió hacer entrega de las funciones de Secretaría Técnica al Departamento para la Prosperidad Social -DPS-, en el mes de Septiembre de 2014.

- Elaboración del Plan de Trabajo 2014 y participación en la redacción del Plan de Trabajo 2015. En 2014, se trabajó hacia la consolidación de planes territoriales de SAN, estrategias de seguimiento en SAN, en particular el SISPTSAN, Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y anexo étnico al Plan Nacional de SAN 2012-2019.
- El Plan de trabajo 2015, está orientado a la continuidad en la gestión territorial, la dinamización de la participación social y comunitaria para la SAN, la reformulación de la Política de SAN a cargo del DNP, la verificación del estado de la situación nutricional de la población colombiana, y la generación de rutas que respondan a situaciones de emergencias en SAN.

Gestión de la Política Nacional y planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

- Conformación del Plan Nacional y de los Planes Territoriales de SAN, realizando acciones de cooperación bilateral, que permitan acercarse a los departamentos para hacer más efectivo el proceso de dinamización de Comités Departamentales de SAN en las 32 entidades territoriales.
- Consolidación del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional, para apoyar la investigación integral en SAN, el proceso de evaluación y seguimiento de indicadores como fuente de información y la promoción de observatorios locales en SAN.
- Primer Informe de Planes de SAN en el país, al respecto de los 32 Departamentos del país, a la fecha están categorizados así: Veinticinco (25), tiene o cuentan con plan; de ellos quince (15) tienen plan formulado y comités departamentales de SAN activos; Diez (10), cuentan con plan formulado pero está en proceso de reformulación o inclusión como política de gobierno local; y, los siete (7) restantes, no cuentan con plan o sus comités de SAN están inactivos y requieren acompañamiento para lograr posicionar el tema.

Sistema Nacional y Territorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Implementación de la primera fase de seguimiento, que incluyó el proceso de recolección, consolidación y análisis de avances y cumplimiento de metas de las acciones en SAN que desarrollaron las entidades nacionales en el período 2011-2014. El resultado de esta primera fase se concreta en el Primer Informe de Seguimiento y Evaluación del PNSAN 2012-2019.
- Diseño preliminar de los módulos de consulta y de registro de acciones para la plataforma digital del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PNSAN.

2.9.1 Estrategia de fortalecimiento de capacidades territoriales en seguridad alimentaria y nutricional: Planes territoriales de SAN - Planes de salud.

- Construcción de la estrategia de fortalecimiento de capacidades en SAN, en el marco de los planes territoriales de salud, para ser implementada que permitirá profundizar en el análisis de la seguridad alimentaria y nutricional bajo el enfoque de determinantes sociales, con los actores involucrados de la SAN, a nivel departamental y orientación frente a la formulación de acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, acordes con lo estipulado en la Resolución 518/2015 y 1536/2015, definiendo directrices unificadas a las entidades territoriales sobre las acciones a desarrollar a través del PIC, POS, Gestión de la Salud Pública y Planeación integral en salud que contribuyan al cumplimiento de las metas del PDSPS 2012 – 2021.

Lineamientos de Política Pública en Seguridad Alimentaria y Nutricional para grupos étnicos

- En el marco de compromisos y acciones conjuntas desarrolladas por la CISAN, el Ministerio de Salud y Protección Social desde la SSNAB, viene desarrollando la construcción participativa del Anexo Étnico al PNSAN 2012-2019. Desde mediados de 2014 y por medio de un proceso de participación, socialización y validación con las comunidades indígenas y afro-descendientes, se han realizado cerca de 12 encuentros a saber: 7 encuentros con delegados de las autoridades indígenas de la Mesa Permanente de Concertación, 3 encuentros con población afro- descendiente, 1 encuentro con líderes raizales, y otro con población de San Basilio de Palenque.
- De acuerdo con el CONPES 161 de 2013, la SSNAB adelanta la construcción de una Guía práctica para la incorporación técnica del enfoque diferencial de género, aplicable no solo a las estrategias de la Subdirección, sino y sobre todo, a las políticas públicas territoriales en SAN, desde los Departamentos. Este documento se ha estructurado en un cuerpo general de conocimiento conceptual sobre el enfoque diferencial y, un aparte metodológico que especifica la aplicación del enfoque diferencial étnico, de género y derechos humanos, respectivamente. El documento estará acompañado de acciones de apropiación e implementación del enfoque de género en la SAN, tanto en la SSNAB como en los territorios.

Emergencias en Seguridad Alimentaria Nutricional

En respuesta a los objetivos específicos estipulados en el CONPES 113, “Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional-(PNSAN)”, así como a la situación de inseguridad alimentaria generada por el desabastecimiento de alimentos y agua potable, el Ministerio de Salud y Protección Social, viene adelantando la construcción de la Ruta de Atención Integral en Seguridad Alimentaria y Nutricional en Situaciones de Emergencia, en este sentido se ha logrado:

- Priorización de territorios para la construcción, validación y prueba piloto de la ruta atendiendo las diferencias geográficas, culturales, multi-amenazas, condiciones de riesgo y los contextos de SAN, en el país.
- Avance en los ejercicios de concertación y validación a nivel nacional y territorial de los distintos actores institucionales y comunitarios.

Proyectos de Regalías en Seguridad Alimentaria y Nutricional

Asistencia técnica para la formulación de proyectos de inversión, dirigida a la salud nutricional y de los componentes de consumo y aprovechamiento biológico de la seguridad alimentaria y nutricional –SAN-, a 18 municipios formuladores. Se emitieron 68 conceptos técnicos de estos proyectos, luego de que éstos surtieran un proceso de ajustes y apropiación de los temas por parte de los formuladores.

2.9.2 Gestión del Conocimiento en Seguridad Alimentaria y Nutricional

Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

- El Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN), se consolidó en el marco de tres fases de implementación que se han desarrollado mediante los convenios de cooperación entre el MSPS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en el cual se logró: disponer de un conjunto de estadísticas de 69 indicadores, que dan cuenta de la situación en SAN, se realizaron 14 jornadas de capacitación en los territorios para promover su uso y apropiación, producir 15 documentos e informes analíticos en SAN, diseñar e implementar un subsistema de información de alertas en SAN, implementar una agenda de investigación en red y espacios de concertación e intercambio con observatorios locales, así como la puesta en marcha de un portal en internet con toda la producción del OSAN, que incluye además, el acceso a cerca de 200 normas a texto completo sobre el tema el cual tuvo 19.491 visitas durante 2014, entre otros resultados.

2.9.3. Atención Integral a la Desnutrición

Ruta de Atención Integral y lineamientos técnicos para la atención de la Desnutrición Aguda en niños y niñas menores de 5 años

Durante la vigencia 2014 – 2015, se conformó la mesa técnica que inicio el trabajo de construcción de la ruta de atención integral a la Desnutrición Aguda en menores de 5 años con la participación de delegados del ICBF, INS, UNICEF, MSPS. Actualmente dicha ruta se encuentra en proceso validación y está articulada con el modelo de atención integral de salud y con la ruta integral de atenciones para el mantenimiento y promoción de la salud.

La constricción de la ruta está acompañada del lineamiento técnico para guiar la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda con enfoque comunitario y hospitalario.

2.9.4 Prevención y reducción de las deficiencias de micronutrientes

Estrategia Nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes

Durante este periodo se ajustó técnicamente la estrategia quedando conformada esta por las siguientes líneas de acción:

- A. Diversificación de la alimentación.
- B. Fortalecimiento de acciones prioritarias.
 - a. Pinzamiento del cordón umbilical cuando deje de latir.
 - b. Lactancia materna y alimentación complementaria.
 - c. Desparasitación.
- C. Fortificación
 - a. Fortificación de alimentos de consumo masivo.
 - b. Fortificación de alimentos específicos.
 - c. Fortificación casera con micronutrientes en polvo.
- D. Biofortificación o fortificación biológica de los alimentos.
- E. Suplementación con Micronutrientes.

En el marco de estas líneas de acción, se desarrollaron desde el Comité Nacional de deficiencias de micronutrientes –CODEMI-, avances como:

- Presentación y validación de la Estrategia con la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN, como respuesta a las metas establecidas en el Plan de SAN, respecto a la deficiencia de micronutrientes.
- Construcción del documento de conceptualización técnica del abordaje de la diversificación de la alimentación
- Articulación de las acciones de infancia con el abordaje de la implementación del Plan Decenal de Lactancia materna con contexto de protección de la deficiencia de micronutrientes en el marco de Cero a siempre.
- Fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control en fábricas o molinos de sal y harina de trigo, fortificados, en coordinación con el INVIMA.
- Planeación del seminario taller de Biofortificación de Alimentos, como estrategia para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes.
- Presentación de resultados por parte de ICBF, de los resultados del impacto de la Bienestarina mejorada en el territorio nacional

2.9.5 Programa Nacional para la Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional (nuevo programa)

Desde el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, viene liderando el diseño, implementación y evaluación del Programa nacional para la prevención y reducción de anemia nutricional en la primera infancia. Para el proceso de diseño se contó con el apoyo de diferentes instituciones del orden nacional y territorial, así como, con la participación de los profesionales de las entidades departamentales, distritales y municipales involucradas en su implementación. Es así, que a partir del trabajo mancomunado entre las partes y tomando como soporte teórico la importancia de la alimentación y nutrición en el desarrollo integral de las niñas y niños y las definiciones de la Ruta Integral de Atención a la Primera Infancia (RIA), se estableció la priorización de las siguientes atenciones, cuya ejecución contribuye al objetivo del programa.

En este sentido, el programa es novedoso en la medida de incluir una estrategia altamente costo efectiva como lo es la fortificación casera con micronutrientes a la atención regular en salud, así como, el énfasis en la importancia del desarrollo de las otras atenciones previstas en la prestación de servicios a través del control prenatal, la atención del parto y el control de crecimiento y desarrollo. Lo anterior, va acompañado de la adecuación de la arquitectura institucional, el desarrollo de capacidades a nivel individual, institucional y comunitario, el seguimiento y evaluación a los resultados en la población y a los procesos contemplados.

2.9.6. Alimentación y Nutrición Materno Infantil

Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020

Estrategia IAMI, Estrategia Bancos de Leche Humana, Salas amigas de la familia lactante, Código Internacional de sucedáneos, en estas estrategias se logró:

Proceso de seguimiento a la implementación de estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, contempladas en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, en los Departamentos de Valle, San Andrés, Caldas y Risaralda, posterior al proceso de asistencia técnica realizada en los 32 territorios nacionales, desarrollada en el año 2014.

Estrategia Nacional de Bancos de Leche Humana

En la actualidad el país cuenta con 7 bancos en operación, los logros alcanzados se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 21. Bancos de Leche Humana en Colombia

Institución	AÑO	No. RN Beneficiados	No. donantes	No. litros LHP	Intervenciones a mujeres en lactancia materna
Hospital Federico Lleras Acosta - Ibagué	2014	421	202	340	19717
	2015*	79	37	15.15	1383
San Rafael Fusagasugá	2014	454	974	157.7	5437
	2015	99	14	29.9	1541
H. Universitario Departamental de Nariño – Pasto	2014	60	102	183	3883
	2015*	39	67	63.9	2519
General de Medellín	2014	64	100	161.5	2903
	2015*	78	331	65.1	899
Rosario Pumarejo de López -Valledupar	2014	61	66	30.9	6.989
	2015*	100	2	20.1	2056
Maternidad Rafael Calvo - Cartagena	2014	12	35	80.7	2615
Occidente de Kennedy - Bogotá	2015**	16	10	17.6	27
TOTAL		1.483	1.940	1.166	49.969

Fuente: Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas. MSPS. 2015

- Entrenamiento a funcionarios de los BLH Fusagasugá, Kennedy de Bogotá, Facatativá y Zipaquirá.
- Gestión para la Transferencias de recursos a los hospitales Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, Camino Adelita de Char de Barranquilla, Universitario del Valle Evaristo García Cali, Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, ASSBASALUD – La Eneas de Manizales con destino a la compra de equipos para el funcionamiento de la estrategia.
- Resolución de Lineamientos Técnicos para el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana, en proceso de revisión y ajuste.

Estrategia IAMI Integral

En el año 2014, se realizó un taller de Planeación estratégica de la Estrategia IAMI integral. A este taller asistieron 49 profesionales de la salud del país, convocados dada su experiencia en la implementación de la estrategia IAMI. Al finalizar, se elaboró de manera interinstitucional un documento con el análisis de las variables identificadas.

Salas Amigas de la familia lactante

En cuanto a la implementación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante, se han realizado seguimiento técnico al funcionamiento de las salas existentes en los Ministerios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Ministerio de Cultura, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Transporte, Superintendencia Nacional de Salud y Cafam. Se ha apoyado técnicamente el proceso de capacitación de la sala amiga de este Ministerio, en 5 sesiones de capacitación; se asesora al Departamento de Planeación Nacional para la implementación de la iniciativa. Adicionalmente, se envió concepto de

proyecto de ley para la implementación obligatoria de Salas Amigas, en todos los territorios nacionales y empresas privadas y, finalmente, se están realizando las acciones de gestión para la organización de la semana mundial de la lactancia materna, la cual gira en torno a la protección de la madre trabajadora.

Código de Sucesos

En relación con el Monitoreo al Código Internacional de Sucesos de la Leche Materna, realizado en 16 ciudades del país, se elaboró un documento consolidado de los principales hallazgos encontrados en relación al cumplimiento a la norma, el cual será revisado por especialistas para luego ser diagramado y publicado. Así mismo, se han diseñado un plan de acción frente al tema que ha estado desarrollándose con instituciones como el INVIMA.

2.9.7. Promoción de Alimentación Saludable

Estrategia de reducción del consumo de sal

- Construcción y gestión de la primera versión de la resolución “Por la cual se establece el reglamento técnico que define los límites de contenido de sodio para los alimentos priorizados en el marco de la estrategia nacional de reducción del consumo de sodio y se dictan otras disposiciones”; está pendiente para su publicación en la página web para la consulta pública nacional.
- Elaboración del protocolo para recolección de información para el desarrollo de la II etapa de la estrategia de reducción del consumo de sodio.
- Captura de la información (imagen del etiquetado) de las subcategorías de alimentos priorizadas para la II etapa de la estrategia nacional de reducción del consumo de sodio.
- Inicio y ejecución del plan piloto para la reducción del contenido de sodio en preparaciones priorizadas. Se realiza bajo el direccionamiento técnico de Ministerio de Salud y con la participación de los sectores de restaurantes y escuelas de gastronomía.
- Elaboración del documento preliminar de lineamientos para la adquisición de alimentos saludables en los programas sociales del Estado.
- Asistencia técnica para la implementación de la estrategia de reducción del consumo de sodio en las siguientes entidades territoriales: Tolima, Valledupar, Quindío, Valle, Arauca, Caquetá, Córdoba, Norte de Santander, Guajira, San Andrés, Valle del Cauca, Amazonas y Quibdó, retroalimentación de los planes territoriales de las entidades que se visitaron y las que enviaron el plan durante el período.

Recomendaciones de Energía y de Nutrientes

Se trabajó de manera conjunta, con ICBF, la versión del reglamento mediante el cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes para la Población Colombiana, la cual estuvo en consulta pública nacional hasta el pasado 25 de mayo.

2.9.8 Herramientas de educación nutricional

Guías alimentarias Basadas en Alimentos – GABA-

El Ministerio de Salud y Protección Social, hizo parte del Comité técnico nacional para la actualización de guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, liderado por el ICBF- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; cuyo resultado generó las “Guías alimentarias basadas en alimentos para la población mayor de dos años – GABA-”, las cuales se encuentran en proceso de diagramación y divulgación; éstas cuentan con un documento técnico, icono y mensajes saludables que permiten la promoción de la alimentación saludable.

Plan de Educación Alimentaria y Nutricional

El Ministerio, junto con otras entidades del Estado, como el Departamento de la Prosperidad Social y el Ministerio de Educación, han acompañado al ICBF, en la construcción de esta herramienta.

Estrategia de información, educación y comunicación en seguridad alimentaria y nutricional

- Construcción participativa del documento marco de la Estrategia en Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, que incluye elementos contextuales, conceptuales, normativos, estratégicos y operativos, enmarcados en el Plan Decenal de Salud Pública.
- El proceso de construcción territorial se desarrolló en los territorios de Cauca, Córdoba, Chocó, Caldas, Guajira y Bogotá, con participación de representantes de: entidades de salud, educación, agricultura y desarrollo social; organizaciones comunitarias; sociedad civil; gremios; organizaciones sindicales; entidades prestadoras de servicios de salud; cajas de compensación familiar; federaciones de comerciantes; industria de alimentos; universidades, escuelas y colegios, entre otros.

2.9.9 Alimentación escolar – reglamentación

Regulación del expendio de alimentos y bebidas en centros educativos: El Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra revisando la evidencia, estableciendo el estado del arte del tema, a fin de definir las bases técnicas que sustenten y sirvan como soporte para proyectar de manera conjunta y articulada con el Ministerio de Educación Nacional, la reglamentación de la que serán objeto los expendidos de alimentos y bebidas en entornos educativos del país.

2.9.10 Reglamentación en salud nutricional

Se adelantó el desarrollo de los proyectos de reglamentación en lo relacionado con Alimentos de Uso Especial (Alimentos para Nutrición Enteral, Alimentos para ejercicio y

Deporte, Alimentos Sin Gluten y Alimentos para Regímenes Hipocalóricos); Alimentos infantiles y adicionados en nutrientes. Dicho desarrollo está enfocado básicamente en la revisión bibliográfica tanto de evidencia científica, como normatividad internacional relacionada, y validación técnica en compañía de una mesa académica, conformada por asociaciones de nutrición, medicina y expertos temáticos.

Adicionalmente, se ejerce la coordinación y desarrollo del Subcomité CODEX, de nutrición y alimentos de régimen especial y la coordinación de los conceptos de posición país de los Grupos de trabajo electrónico GTE: GTE Formulas de Continuación y GTE Valores de referencia de nutrientes.

2.10 Seguridad sanitaria y ambiental

En términos de reglamentación sanitaria en el periodo correspondiente a este informe se expedieron las siguientes normas:

- **Resolución 2715 de 2014 del 4 de Julio de 2014.** Por el cual se establecen las sustancias que deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo, con base en los criterios de clasificación
- **Decreto 554 del 27 de marzo de 2015.** Determina las medidas de seguridad aplicables a los establecimientos de piscinas de uso colectivo abiertas al público en general. Reglamentaria de la Ley 1209 de 2008 de Piscinas. (Deroga el Decreto 2171 del 27 de marzo de 2009).
- **Resolución 1394 del 30 de abril de 2015.** Por la cual se adopta el formato y el instructivo para realizar la declaración de conformidad de primera parte del proveedor de los dispositivos de seguridad utilizados en los estanques de piscinas.
- **Resolución 1615 del 15 de mayo de 2015.** Autoriza los laboratorios para análisis de agua.

De otro lado se participó en la elaboración del CONPES 3810 del 3 de Julio de 2014, el cual estableció los lineamientos de la política para el suministro de agua potable y saneamiento básico en las áreas rurales de Colombia. Política que tiene como objetivo fortalecer el esquema institucional y de intervención del Estado en zonas rurales, así como fomentar la estructuración de esquemas sostenibles para el suministro de agua potable y saneamiento básico en las zonas rurales, que contemplen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2.10.1 Calidad del agua

En el segundo semestre del año 2014, se publicó el tercer informe de la vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano año 2013, el cual refleja el análisis de la información registrada en el Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP, continuando la serie documental publicada por el Instituto Nacional de Salud - INS, para 2011 y 2012. Este informe es un análisis descriptivo de la serie anual, en el marco situacional de los registros de la vigilancia sanitaria y presenta los nuevos resultados del Índice de Riesgos de la Calidad del Agua-IRCA y niveles de riesgo

asociados, manteniendo las relaciones de datos poblacionales, programa de muestreo, calidad de agua suministrada, composición de las Personas Prestadoras - PP (acueductos) del servicio de agua y disgregados por consolidado país, regiones, departamentos y municipios a nivel urbano y rural para este año.

De acuerdo al análisis realizado se tiene que en los grandes y medianos centros urbanos del país, sus habitantes reciben un suministro de agua de buena calidad, Sin Riesgo o riesgo Bajo para la salud humana y que en la medida que disminuye su tamaño y la proporción de población rural aumenta sobre la urbana, la calidad del agua desmejora, aumentando su nivel de riesgo, de tal manera que en los municipios menores y en el área rural el IRCA es predominantemente Alto y en algunos casos Inviabile Sanitariamente.

Del análisis se obtiene que los 878 municipios con población menor a 30.000 habitantes, que pertenecen a las categorías 4, 5 y 6; tienen alta ruralidad y su población totaliza 10'071.602 habitantes.

2.10.2 Zoonosis

Asistencia técnica y cooperación a las DTS del orden departamental, Distrital y municipal.

Con el propósito de fortalecer las capacidades nacionales y territoriales en materia de promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de zoonosis, se brindó cooperación y asistencia técnica a 12 Entidades territoriales de Salud del orden Departamental, Distrital y Municipal, a través de la reunión nacional realizada en la ciudad de Bogotá, en Junio de 2014, adicionalmente se realizaron las siguientes asistencias técnicas fortaleciendo de esta manera el programa de zoonosis a nivel nacional.

Cuadro No. 22 Acciones Territoriales en Zoonosis

Cooperación y Asistencia Técnica Número de DTS	Número total de presenciales	No. de Reuniones Nacionales de Zoonosis	No. de sesiones virtuales de trabajo (rabia, encefalitis equina, Leptoespira)
12	103	1	3

Fuente. Subdirección Salud Ambiental 2015.

En el primer trimestre de 2015 se distribuyeron a las DTS refrigeradores y termos para transporte de vacuna.

Cuadro No. 23 Entrega de termos y refrigeradores a Entes Territoriales

Elemento	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Refrigeradores 7 canastillas	47	\$ 2.579.499	\$ 121.236.453
Refrigeradores 5 canastillas	206	\$ 2.151.377	\$ 443.183.662
Termos transporte de vacuna	900	\$ 79.051	\$ 71.146.215
Total			\$ 635.566.330

▪ **Gestión de insumos**

El Ministerio adquirió y distribuyó a las entidades territoriales de salud del orden departamental y distrital, el biológico antirrábico de uso en humanos y el biológico de uso en perros y gatos, así:

**Cuadro No. 24. Insumos Adquiridos y Distribuidos a DTS
Junio 2014 a mayo 2015**

Vacuna antirrábica humana	Suero Antirrábico humano	Vacuna antirrábica de uso en perros y gatos
104.000	11.450	2.000.000

Fuente: PAI y SSA 2015.

**Cuadro No. 25. Vacunación de perros y gatos en DTS
Junio 2014 a mayo 2015**

Población de perros y gatos	Número de animales vacunados	Cobertura alcanzada en el periodo 1 de junio 2014 a 31 de mayo 2015	Cobertura 1 enero a 31 diciembre 2014
6.094.590	3.508.708	57.57	72.99

Fuente: SSA año 2015

2.10.3 Gestión intersectorial y sectorial.

Política de Salud Ambiental- PISA.

Con base en lo definido en el CONPES 3550 de 2008, por el cual se definen los *'lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental, con énfasis en los componentes de calidad de agua, calidad de aire y seguridad química'* y como parte de las responsabilidades definidas en el Decreto 2972 de 2010, en el periodo junio 2014 a mayo 2015, se encuentran los siguientes resultados:

**Cuadro No. 26. Resultados Política Salud Ambiental
2014 - 2015**

Año	Resultados Relevantes
2014	<ul style="list-style-type: none"> – Continuación de la formulación de la Política Integral de Salud ambiental – PISA entre los diferentes Ministerios e instituciones integrantes de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental - CONASA y sus mesas técnicas, acogiendo la metodología de marco lógico, avanzando en la elaboración del árbol de problemas y objetivos, e identificando las principales causas y efectos, definiendo posteriormente objetivos y estrategias sobre las causas identificadas, y el plan de acción para alcanzar los objetivos propuestos. – Consolidación y entrega del Documento Marco de la Política Integral de Salud Ambiental, como parte de los acuerdos de las sesiones IV a VIII de la CONASA para 2014. – Formulación iniciativa de reglamentación de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA, como instancia de decisión en salud ambiental y la PISA a nivel territorial (Documento en revisión por integrantes de la CONASA).

- 2015**
- Desarrollo de sesiones de realimentación del documento de la PISA con expertos, miembros de los COTSA y Direcciones Territoriales de Salud, a fin de contar con un ejercicio de política validado a nivel territorial y aportes de actores con experiencia en el tema.
 - Ajustes al documento de la PISA, capítulos de diagnóstico, referentes conceptuales, objetivo general y plan de acción.

A su vez, como espacio de gestión intersectorial para la elaboración de la PISA, se cuenta desde el año 2010, con la CONASA, bajo el liderazgo de la Presidencia asumida por este Ministerio, en el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015, se han adelantado y concertado los diferentes instrumentos y documentos y se destacan en este periodo los siguientes logros:

- Construcción intersectorial del Documento Marco de la PISA.
- Ejercicio de consulta del Documento PISA con pares técnicos (4 entidades de CONASA / 2 entidades de los COTSA / 9 Direcciones Territoriales de Salud – DTS/ 6 universidades / 4 académicos y expertos).
- 20 Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA conformados con acto administrativo (1 en 2015, 7 en 2014, 3 en 2013, 5 en 2012, 3 en 2011, y 1 en 2010), 17 en proceso de conformación y 3 por conformar. (anexo mapa)
- Iniciativa de reglamentación de los COTSA formulada.
- Gestión modificación Decreto 2972/2010 parágrafo 1 - artículo 3 por el cual el MADS y el MSPS liderarán conjuntamente el proceso de creación y reglamentación del SUIA, el cual será administrado por el MSPS a través del SISPRO.
- Identificación de necesidades de información a través del SUIA, con entidades de la CONASA y las DTS.
- Cumplimiento en segundo semestre de 2014 de 2 sesiones ordinarias de la CONASA. Desarrollo a mayo de 2015 de 1 sesión ordinaria y 2 sesiones extraordinarias (temas Chikungunya y OCDE).
- Operatividad de las mesas técnicas en las cuales se encuentran los siguientes avances:
 - **Calidad del Agua** (Ajuste plan de acción e identificación de competencias en materia de agua potable y saneamiento)
 - **Entornos Saludables** (Resignificación de lineamientos)
 - **Aire y Salud** (Revisión del protocolo para la vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con la contaminación del aire, priorización de municipios para la implementación del protocolo, acompañamiento conjunto entre el MADS y el MSPS a las mesas regionales de calidad del aire).
 - **Seguridad Química** (seguimiento compromisos OCDE)
- Calificación a 202 municipios del indicador No. 13 correspondiente a la certificación sanitaria de la calidad del agua para consumo humano, establecido en el Decreto 1575 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias, para la certificación de los municipios por parte Superintendencia de Servicios públicos Domiciliarios, correspondiente al año 2014.
- Elaboración y firma de Agenda Ambiental Interministerial, entre Ambiente y Desarrollo Sostenible y Salud y Protección Social, la cual integra las políticas y programas que desarrollan estos dos Ministerios y sus entidades adscritas y vinculadas, en especial la Política de Salud Ambiental.

- Asistencia Técnica a los Ministerios de Agricultura, Vivienda, Educación, ANSPE, DPS y SENA con el propósito de articular la Estrategia en Entornos Saludables con las Estrategias de Vivienda Rural, Subsidio Pleno, Estilos de Vida Saludable y con el SENA en los Programas de entornos Saludables.
- Socialización Lineamientos Nacionales de Estrategia de Entornos Saludables y su articulación con el proyecto de 100 mil viviendas, en el espacio establecido para el desarrollo del proyecto, participaron los Ministerios de Vivienda, Educación, ANSPE y DPS.
- Generación de competencias para la implementación de las estrategias de Entornos Saludables y Desparasitación Antihelmíntica masiva, en el marco del proyecto “*Todos por el Pacífico – Chocó*”, en coordinación a nivel nacional con el Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio, Instituto Nacional de Salud y Min Salud, a nivel territorial con Secretaria de Salud Departamental de Chocó, Aguas y Aguas de Pereira, Referente del Plan de Departamental de Aguas, Municipios de Río Quiro, Tardó, Unión Panamericana Quibdó, Istmina, San José del Palmar, Río Iró, Puerto Melú, Sipí, Nuquí, Atrato y Yuto. Cuyo propósito fue fortalecer y apropiar a las comunidades que se beneficiaran del servicio público (acueductos).
- Desde el Consejo Nacional de Zoonosis, en cooperación con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura – IICA, y en el marco de los proyectos: Mejoramiento de Programas de Control y Erradicación de Tuberculosis bovina (Tb) y Brucelosis (Br) Mediante la Articulación del Trabajo en Sanidad Animal y Salud Pública y el Uso de Herramientas Innovadoras” y “Red de Investigación e Innovación en Sanidad Animal – Brucelosis y Tuberculosis”, se adelantó en Buenos Aires, Argentina, un taller internacional de diagnóstico por laboratorio de Brucelosis, al cual por el país participó en Instituto Nacional de Salud – INS, para el fortalecimiento del diagnóstico de la Brucelosis humana.
- Construcción y lanzamiento del “*Plan Único de Mercurio*”, de forma articulada con los Ministerios de Ambiente, Minas y Comercio, en el marco de la Ley 1658 de 2013.
- Construcción de Lineamiento de Adaptación al Cambio Climático desde el componente de Salud Ambiental para orientar a las direcciones territoriales de salud en la elaboración e implementación del Plan de Adaptación del Cambio Climático en el territorio desde el componente de salud ambiental. Construcción de un capítulo sobre “Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control sanitaria en relación con la calidad del agua en situaciones de emergencia por condiciones climáticas extremas” en el documento técnico Introducción al Clima en Colombia.
- Participación con los países miembros de Mesoamérica (Panamá, Guatemala, El Salvador y Belice, así como el occidente de Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Colombia) para la definición de los pilares a desarrollar en el plan de mesoamericano de Movilidad Segura.
- Participación en la campaña mundial de la seguridad vial “*SALVEMOS A NUESTROS NIÑOS CON SEGURIDAD VIAL*” a través de las redes sociales promoción de la firma de la declaratoria establecida por la ONU.
- Participación en las mesas regionales de calidad del aire en el marco de la Política de Prevención y Control de la Contaminación del Aire (PPCCA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, con el objetivo de facilitar la coordinación y planeación

interinstitucional y permitir armonizar las acciones de las entidades públicas nacionales, regionales y locales, involucradas en la intervención de la problemática de contaminación del aire,

- Participación para el análisis de las líneas de base para el desarrollo de diferentes estudios en salud ambiental en el área de influencia de los proyectos mineros, liderado por las autoridades mineras (MinMinas, Agencia Nacional Minera - ANM). Periodo Junio 2014 – Mayo 2015.
- Coordinación técnica, en el análisis correspondiente a la información de la IARC (International Agency for Research on Cancer) en donde clasifica al glifosato como probable carcinogénico (categoría 2A); con base en lo cual este Ministerio recomendó la suspensión del uso de glifosato en el contexto del Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos (PECIG). La anterior recomendación se da, teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional relacionada con la aplicación del principio de precaución, por cuanto este representa un peligro potencial para la población colombiana.
- Articulación en el proyecto “*Conformación de jornadas de salud a las comunidades indígenas de los municipios de Bagadó, Riosucio y Medio San Juan*”. Departamento del Chocó, con la Estrategia de Entornos Saludables - EES.
- Fortalecimiento de la gestión nacional en vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con la exposición a radiación ultravioleta y capacidades básicas en Salud Ambiental, instalada en Terminales Nacionales, Internacionales y pasos fronterizos.

2.11 Salud bucal

Durante este periodo se realizó el lanzamiento de la estrategia SOY GENERACION MAS SONRIENTE, para la promoción de los cuidados bucales integrales (en el marco de lo ordenado por el PDSP), y el aumento en la cobertura de aplicación de barniz de flúor contenida en el POS, para garantizar la protección específica contra la caries en la población de 1 a 18 años, en todo el país con énfasis en 7, con la estrategia se tiene reconocimiento de los contenidos del POS y del PIC, de procesos de trabajo articulado, y apropiación del concepto de que la población desde su primera infancia, puede ser abordada con medidas de protección específica en salud bucal para reducir sus riesgos de enfermedad por condiciones prevenibles. Adicionalmente,

- Desarrollo del Programa de Asistencia Técnica Virtual para la Estrategia Soy Generación más Sonriente, a través de la plataforma Blackboard. Las asistencias técnicas, contaron con la participación de los referentes técnicos para el tema de salud Bucal de todos los departamentos.
- Apoyo a la vigilancia centinela de la exposición a flúor y salud bucal, que adelanta el Instituto Nacional de Salud, en 180 UPGD del territorio nacional, realizando, en principio, ejercicios de análisis de registros individuales de prestación de servicios–RIPS, con el fin de fortalecer su uso como fuente de información para el análisis en salud bucal, utilizando el aplicativo SIANIESP del SIVIGILA, incluyendo, eventos de boca y dientes, anomalías congénitas, y el cáncer oral.

- Análisis con las entidades del sector (INVIMA, INS, Ministerio, Entidades territoriales), en el marco del CODEMI, liderado por la Dirección de Promoción y Prevención, de la situación actual de la medida de fluoruración de la sal, como medida de salud pública para el control de la caries dental.
- Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV, como resultado de gestión realizada durante cinco años, con la terminación del operativo de campo con el que se logró una muestra de 20.543 evaluaciones y encuestas en 197 municipios de todos los Departamentos del país. Con este estudio se cuenta con información actualizada de las condiciones de Salud Bucal de la población colombiana después de 15 años de realizado el último estudio que aportó información, logrando además por primera vez tener información de población de menores de 5 años (1 y 3 años edades simples seleccionadas), siendo el primer estudio a nivel mundial en el que se tiene incluida esta población, lo cual se convierte en importante herramienta para la gestión de políticas de salud pública.
- En el marco del Estudio anteriormente mencionado, se realizó la presentación de resultados a partir de la publicación de un documento descriptivo (en medio físico y magnético) y de la socialización en 6 eventos regionales realizados en las ciudades de Santa Marta, Bucaramanga, Cali, Medellín y dos en Bogotá.
- Gestión para la inclusión de códigos CUPS, que permitan el reporte, seguimiento, monitoreo y evaluación de acciones de protección específica a través de los servicios de odontología en los RIPS.
- Presentación de la publicación de Línea de Base para el seguimiento al comportamiento de la meta del PDSP a través de los servicios de salud.
- La inclusión de la salud bucal como una de las prioridades en salud pública, al ser identificados dentro de los 16 grupos de riesgo, con prioridad para trabajar dentro del Modelo Integral de Atención, con lo cual se han construido rutas de atención integral y se genera el reto de ajustar el plan de salud bucal para dar respuesta en el marco del modelo a las necesidades identificadas para la población en el país.

2.12. Investigaciones en Salud

El análisis de la situación de salud de los colombianos es una tarea permanente del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo propósito es el ajuste a las políticas, planes y programas para que garanticen el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, finalidad social esencial del Estado.

A nivel mundial y a nivel país, se ha reconocido la importancia que deben tener los estudios poblacionales como fuentes proveedoras de información para las decisiones en salud pública, en la planeación y asignación de recursos y para el monitoreo y evaluación de programas de Salud. Los estudios y encuestas poblacionales son una fuente secundaria de información sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, irremplazable para el Sistema de Información en Salud, complementaria y relevante para el Análisis de la Situación de Salud – ASIS. Estos permiten caracterizar la salud de la población en el aspecto geográfico, Sociodemográfico, epidemiológico y de condiciones específicas de la

salud y profundizar sobre sus determinantes y posibles contribuciones mediante el análisis y la asociación de variables.

Los estudios poblacionales proporcionan información relevante sobre aspectos muy diversos de interés en salud y sus resultados han sido fundamentales para orientar las decisiones de política pública, el diseño e implementación de planes y programas en los cuales se ponen a consideración las prioridades para el país; planes como Plan Decenal de Salud Pública - PDSP, que tomó como insumo para formulación y en su fase metodológica algunos estudios poblacionales relevantes en el país.

Así mismo, los estudios y encuestas poblacionales identifican el comportamiento de problemas presentados en diferentes escenarios, complementando la evidencia que proporcionan otras fuentes de información.

El Ministerio de Salud y Protección Social, retomando el liderazgo de la investigación para la salud estableció el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, definido como la estructura de investigación nacional creada y regida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para dirigir, reunir y consolidar todos los estudios para la salud de interés y priorizados por el Ministerio, siendo estos estudios uno de los componentes relevantes del sistema de información en salud del país.

El Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, garantiza el seguimiento de unos estándares y prácticas para asegurar la calidad, comparabilidad y trazabilidad de sus resultados; tener los marcos conceptuales definidos, instrumentos y alcances articulados, optimizando los recursos y mejorando la recopilación de la información; cuenta con una Muestra Maestra en salud que permite una representatividad de la población no sólo nacional sino también departamental, regional, o subregional. Los estudios y encuestas poblacionales priorizados en la Agenda Programática se han ajustado a estos parámetros y su continuidad es un reto institucional que requiere aunar los esfuerzos de los diferentes actores de la salud, otros sectores gubernamentales, la academia, organizaciones sociales y la comunidad.

El Sistema cuenta con una agenda programática en la cual se priorizan los estudios requeridos por el país. Esta agenda se articula con las acciones y políticas del Ministerio y del país en la medida en que cada Estudio y Encuesta provee datos e información en aspectos de salud y sus determinantes, que alimentan el Sistema de Información en Salud del país, que a su vez está integrado por el Sistema Integral de Información de la Protección Social- SISPRO; de esta manera el Sistema, sumado a los registros administrativos, conforman la bodega de datos del Sistema de Información.

Cuadro No. 27. Agenda programática Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud

Encuesta / Estudio	Última versión	Año de recolección	Año de publicación
Estudio Nacional de Salud Mental – ENSM	2003	2014 - 2015	2015
Encuesta Nacional de Salud – ENS	2007	2016	2017
Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar - ENPI	1993	2012 - 2014	2014

Encuesta Nacional de Salud Bucal IV – ENSAB IV	1998	2012 - 2014	2014
Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos – GATS	NA	2016	2016
Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE	NA	2015	2015
Encuesta de Salud Escolar – ENSE	NA	2014 - 2016	2016
Estudio Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares	2008	2013	2014
Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS	2010	2015	2016
Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN	2010	2015 - 2016	2016
Encuesta Nacional de Talento Humano en Salud	NA	2016	2016
Encuesta Nacional de Salud Ambiental	NA	2016	2016
Estudio de carga de Enfermedad	2005	2014	2015

Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía - MSPS

Los estudios que conforman el Sistema presentan lineamientos específicos comunes en todo el proceso de investigación: fase de conceptualización, protocolo, ejecución y socialización de los resultados. Este Sistema se concibe con un enfoque de complementariedad y aporte de manera sinérgica a la toma de decisiones en diferentes escalas poblacionales y geográficas, buscando fortalecer la calidad del dato y su difusión.

Los estudios poblacionales que hacen parte del Sistema, se definen como estudios de investigación para la salud que se ocupan del análisis de grupos poblacionales en función de sus relaciones económicas y/o socioculturales; con una descripción demográfica y epidemiológica, valorando los factores sociales, culturales, económicos y políticos que pueden modificar la composición de los grupos estudiados.

El Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, se articula de diferentes formas con las políticas y acciones del Ministerio y del país desde el PLAN DECENAL EN SALUD PÚBLICA – PDSP. La articulación del Sistema con el Plan Decenal se evidencia en la búsqueda de mediciones de salud y de sus determinantes en la población que realiza el Sistema, para con ello evaluar en alguna medida los objetivos que se ha planteado el PDSP, y como parte integral evaluar el logro de la equidad en salud en el periodo de ejecución del Plan Decenal. Durante el periodo de influencia del PDSP se espera realizar dos rondas de Estudios y Encuestas poblacionales: la primera ronda entre los años 2012 – 2015 que dará información del estado de salud de la población colombiana y de sus determinantes (modelo de Determinantes Sociales en Salud) en un periodo de tiempo donde el PDSP está iniciando su implementación; información que servirá como línea de base sumada a la información ya evaluada en el proceso de construcción del PDSP; y la segunda ronda de Estudios y Encuestas poblacionales se realizará durante los años 2020 – 2023, años en los cuales el PDSP está terminando su ejecución y esta información dará insumos para evaluar los resultados del Plan y para la formulación de la nueva política en salud que se construya en ese momento.

El Sistema también se modula con las acciones y políticas del Ministerio y del país en la medida en que cada Estudio y Encuesta provee datos e información en aspectos de salud y sus determinantes, que alimentan el Sistema de Información en Salud del país, que a su vez está integrado por el Sistema Integral de Información de la Protección Social- SISPRO; de esta manera el Sistema, sumado a los registros administrativos, conforman la bodega de datos del Sistema de Información.

La conformación y fortalecimiento del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud bajo el liderazgo de la Dirección de Epidemiología y Demografía, se ha adelantado en coordinación con las otras dependencias y Direcciones del Ministerio y en consonancia con el Sistema Estadístico Nacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y otros actores relevantes como universidades, centros y grupos de investigación del país.

En definitiva el objetivo general del sistema es Incorporar y articular los estudios y encuestas poblacionales para la salud que se requiere Colombia en un sistema estructurado, de carácter nacional, para el periodo 2013 – 2023. Y como específicos: i. Lograr complementariedad entre los diferentes estudios y encuestas poblacionales para la salud que dirige, regula y/o financia el Ministerio de Salud y Protección Social, ii. Optimizar los recursos disponibles para la ejecución de los diferentes estudios para la salud, iii. Establecer una agenda programática de estudios y encuestas poblacionales para la salud para el país (cuadro No. 27), iv. Determinar una muestra maestra en salud para el país, para el periodo 2013 – 2023, v. Mejorar el análisis de la información proveniente de los diferentes estudios poblacionales para la salud, identificando claramente la población objetivo y la necesidad a la cual responde, vi. Fomentar la comunicación social sobre investigación, buscando reducir la distancia percibida entre investigación y sociedad, vii. Gestionar los recursos necesarios para el desarrollo de la agenda programática de estudios y encuestas poblacionales para la salud y, los demás estudios temáticos de interés y priorizados por las diferentes direcciones y subdirecciones del Ministerio, viii. Mantener la investigación como herramienta dirigida a responder sobre problemas concretos, planteados por la incertidumbre existente acerca del efecto sanitario, económico y social producido o producible por el uso de las tecnologías sanitarias nuevas o establecidas, ix. Fortalecer el sistema de información en salud desde el componente de Estudios y Encuestas Poblacionales, x. Realizar evaluaciones continuas del proceso de investigación (en sus diferentes fases) de cada una de los estudios para la salud, xi. Generar propuestas de investigación concretas emanadas de ejercicios previos de identificación y priorización de problemas, con la participación de los sanitarios públicos responsables, xii. Actualizar al menos cada cuatrienio las áreas temáticas y el monto de las inversiones generadas en investigación para la salud pública, xiii. Definir la periodicidad de los estudios para la salud.

Como se menciona con anterioridad los estudios poblacionales se han ajustado a los estándares y prácticas internacionales para asegurar su calidad, comparabilidad y trazabilidad. Todos los metadatos están disponibles, incluyendo diseño, muestra y cuestionarios, al igual que los microdatos. Actualmente la agenda está en curso con diversos estudios como se indica en el cuadro:

Cuadro No. 28. Avances de la Agenda Programática de Encuestas y Estudios poblacionales.

Encuesta / Estudio	Observación	Ejecutor
Estudio Nacional de Salud Mental – ENSM	Termino trabajo de campo, inicia análisis de datos	Universidad Javeriana
Encuesta Nacional de Salud – ENS	Fase precontractual	No definido
Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar	Terminado en fase de análisis secundarios y Socialización de resultados	Universidad de Antioquia
Encuesta Nacional de Salud Bucal IV – ENSAB IV	Terminado en fase de análisis secundarios y Socialización de resultados	Unión Temporal UT Universidad Javeriana y SEI S.A.
Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos – GATS	Fase precontractual	No definido
Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE	Se encuentra en Trabajo de campo	Unión Temporal UT Universidad del Valle/ Universidad de Caldas
Encuesta de Salud Escolar – ENSE	Se encuentra en Trabajo de campo Fase I	Universidad del Valle
Estudio Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares	Terminado en fase de análisis secundarios y Socialización de resultados	Se realizó con el apoyo del Ministerio de Justicia
Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS	Se encuentra en Trabajo de campo	Convenio Especial de Cooperación entre Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia
Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN	Fase precontractual	Se realiza con el apoyo ICBF / INS / OPS/OMS
Encuesta Nacional de Talento Humano en Salud	Fase precontractual	No definido
Encuesta Nacional de Salud Ambiental	Se realizó el Protocolo	No definido

Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía - MSPS

De esta manera durante el 2014, y dentro del proceso de mejoramiento del sistema de información, el Ministerio invirtió más de Cuarenta mil millones de pesos (\$40.000.000.000) para fortalecer la gestión del conocimiento en salud en torno a temas de investigación, con la realización de encuestas y estudios poblacionales para salud dando continuidad a la Agenda Programática presentada en el año 2013 y con investigaciones en diferentes áreas temáticas de relevancia para el país.

Entre las principales investigaciones que se ha desarrollado y terminado en el 2014 se destacan: el **Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV 2014)**, estudio que no se realizaba desde el año de 1998; la **Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal, el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares**, (en asocio con el Ministerio de Justicia). Se inicio la Fase I de **La Encuesta Nacional de Salud Escolar – ENSE**, en instituciones educativas del país (con acompañamiento del Ministerio de Educación Nacional), y se terminaron los protocolos de investigaciones de alto impacto para el país y que se desarrollarán durante el 2015 y cuyos resultados se entregarán en el año 2016, como la **Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015** (última en el año 2010, se realiza cada 5 años) y la **Encuesta Nacional de la Situación Nutricional En**

Colombia-ENSIN 2015 (última en el año 2010, se realiza cada 5 años) esta última tiene un Convenio Marco entre Instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, el Instituto Nacional de Salud - INS y la Organización Panamericana de la salud – OPS y Ministerio de Salud y Protección Social.

También se abordaron investigaciones en diferentes temas como: **Atención Integral en la persona adulta mayor, Caracterización de cuidadores de la persona adulto mayor, Evaluación de Servicios Amigables, Salud ambiental**, entre otros; Investigaciones que se requieren para complementar intervenciones en grupo poblacionales específicos y prioritarios

A inicios del 2015 se inició la realización de investigaciones tan importantes para el país como **La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE**, (primera encuesta del país realizada para conocer el estado de salud de las personas adultas mayores y segunda en el mundo de carácter país), **la II Encuesta Nacional de Salud Mental - ENSM** (encuesta que no se realiza desde el año 2003); **la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015** y se planea iniciar el trabajo de campo de la **Encuesta Nacional de la Situación Nutricional En Colombia-ENSIN 2015** durante el segundo semestre del 2015.

Estos Estudios y Encuestas proporcionan información relevante sobre aspectos muy diversos de interés en salud y sus resultados han sido fundamentales para orientar las decisiones de política pública, el diseño e implementación de planes y programas como el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP, que tomó como insumo para formulación y en su fase metodológica algunos estudios poblacionales relevantes en el país.

3. COMPONENTES DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

3.1 Guías de Práctica Clínica - GPC

Durante el segundo semestre del 2014, se dio continuidad al proceso de edición, publicación digital y lanzamiento de 17 nuevas GPC resultado de la convocatoria 563 de 2012, de Colciencias y de otros convenios de cooperación, logrando llegar, en junio de 2015, a un total de 42 guías.

Bajo estas temáticas, las guías van dirigidas a enfermedades infecciosas como: el HIV/SIDA en población infantil y adultos, sífilis gestacional y congénita, tos ferina en menores de 18 años, neumonía en menores de 5 años y bronquiolitis en menores de 2 años, enfermedades crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dislipidemia, artritis reumatoide, esquizofrenia, cáncer de piel, enfermedades huérfanas abordadas como distrofia muscular, artritis idiopática juvenil, fibrosis quística; para atender neurocirugía se presentó la guía trauma craneoencefálico.

El enfoque del II lanzamiento fue la implementación, por lo cual contando con la participación de actores del sistema, se socializó el Manual de Implementación de las GPC y experiencias exitosas a nivel regional e institucional. Las experiencias del Departamento de Risaralda y la Fundación Santa Fe, demostraron que el uso de las guías de práctica clínica, son una oportunidad para mejorar la calidad de la atención en salud.

Por otra parte, es de mencionar que durante el periodo reportado, se continuó con el desarrollo de las guías, haciendo parte de la convocatoria 637 de 2013. Su desarrollo avanzó hasta la socialización de las recomendaciones preliminares, actividad que promueve la participación de los diferentes actores del sistema a través de socializaciones presenciales y difusión en medios digitales dispuestos por cada grupo desarrollador y a través del portal gpc.minsalud.gov.co.

Consientes que estos desarrollos deben ser fortalecidos por acciones de implementación, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Grupo de Implementación, está gestionando alternativas de solución para las barreras de implementación que puedan identificarse en las recomendaciones de guías. Dichas barreras son de diferente índole, entre las estructurales podemos mencionar: oferta limitada de algunas tecnologías, medicamentos off label y tecnologías No POS.

Es así, que las recomendaciones de las guías son un insumo para la definición del Plan de Beneficios, Pago de Recobros y un componente de las nuevas propuestas de modelos de atención que adelanta el Ministerio. Reconocido el impacto de las herramientas informáticas, se inicia la actualización del portal gpc.minsalud.gov.co, para uso nacional y

de países latinoamericanos, los cuales han resaltado el buen prestigio del que gozan las nuevas GPC colombianas.

Así mismo, a finales del 2014, se avanzó en la revisión del contenido de las herramientas de implementación, como algoritmos dinámicos, hojas de evidencia, que abordaron temáticas para salud materna e infancia, por lo cual durante el 2015, se adelantaron los estudios previos para la contratación de herramientas de implementación en formatos multimediales que aborden más temáticas de guías, incluyendo desarrollos dirigidos a los profesionales de la salud y a los ciudadanos.

Utilizando la medicina basada en la evidencia, en el 2015, se adelantó el desarrollo de dos protocolos, con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica clínica en enfermedades como hemofilia A, sin inhibidores y trastorno del espectro autista, los cuales a su vez favorecen los resultados en salud y el uso racional de los recursos a través de tecnologías que han demostrado efectividad y seguridad

3.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), ha definido lineamientos para establecer la garantía de la calidad en salud, de modo que se gane la plena confianza del usuario, a través de la búsqueda del mejoramiento continuo institucional para una adecuada prestación de servicios, definida ésta, como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”⁶

A continuación se presenta el comportamiento de algunos indicadores que dan cuenta de la calidad en la atención en salud: la oportunidad de cita de medicina especializada (Días de espera), se orientó en 2012, hacia la separación de la medición en especialidades básicas (medicina interna, ginecobstetricia, pediatría y cirugía general). Para la vigencia 2014, las EPS reportaron los tiempos de espera en la asignación de citas para consulta de Medicina Especializada en las especialidades básicas así: 12,11 en Medicina Interna, 8,66 días para Ginecobstetricia, 7,55 días en Pediatría y 10,33 días en Cirugía General. En los temas de cofinanciación de ambulancias en los municipios de consolidación, se ha sobrepasado la meta del cuatrienio 2010-2014, de 30 ambulancias a 40 ambulancias, con el propósito de mejorar los servicios de atención a emergencias en los municipios. En cuanto medir la eficiencia entre los procesos clínicos y administrativos, la proporción de cancelación de cirugías programadas pasó de 11% en 2010 a 6,14% en diciembre de 2014. En cuanto a la oportunidad de detección de cáncer de cuello uterino in situ, se destacan el aumento de la detección oportuna al pasar del 58% en 2010, al 78,2% en 2014. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, han incorporado las recomendaciones del Ministerio, respecto a la disminución de los índices de infección intrahospitalaria, pasó de

⁶ Decreto 1011 de 2006, definición de Calidad de la atención en Salud

1,44 en 2010 a 0,83 en 2014. Lo anterior demuestra que las estrategias emprendidas por el Ministerio han dado frutos y redundan en el mejoramiento de la calidad del usuario.

Durante el 2014 la Oficina de Calidad del MSPS, realizó un trabajo de asistencia técnica para mejorar el flujo y las condiciones de reporte de la información que las EPS presentan a la Superintendencia Nacional de Salud.⁷ La interacción con los diferentes agentes en sus escenarios sobre la recolección y procesamiento de la Información del Sistema de Información para la Calidad (SIC), contribuyó en la elaboración del Lineamiento de ajuste al SIC llamado en la propuesta Sistema de Monitoreo de la Calidad; herramienta que pretende medir la calidad desde la perspectiva de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Direcciones Territoriales en Salud (DTS) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

3.3 Sistema de evaluación del SGSSS

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, dando continuidad al proceso de mejoramiento y ejecución del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores - (SEA) del SGSSS, avanzó, en el último año, en la construcción del Informe de 2015, el cual incluyó un análisis de la tendencia de la mortalidad por causas seleccionadas en el país a nivel departamental, así como en la divulgación de la gestión de las EPS, en enfermedades de alto costo y la descripción agregada de los indicadores clave de calidad de las IPS de la Resolución 1446 de 2006 de este Ministerio.

Entre los elementos innovadores generados en este último año, cabe resaltar que el SEA, cuenta con un nuevo observatorio de seguimiento en SISPRO, llamado Observatorio Nacional de Seguimiento a Actores - ONSAS, el cual brinda, de manera virtual, la información de una serie de indicadores, a partir de aquellos que fueron seleccionados en las fases previas del proceso de definición del SEA en los años previos a su conformación.

Encuesta de Evaluación

Con insumos aplicados en el año 2013, los cuales se revisaron y ajustaron de acuerdo a las observaciones y sugerencias propuestas por los entes de control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, e igualmente, las agremiaciones de prestadores de servicios de salud y administradoras de planes de beneficios, como ACEMI, GESTARSALUD y ASOCAJAS, para el año 2014, bajo la coordinación de la Oficina de Calidad, se realizó la tercera versión de la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, por parte de los usuarios del régimen subsidiado y contributivo. Para esta versión se optó por realizar un concurso de méritos abierto, con la participación de seis proponentes siendo seleccionada la empresa Consultores en Información Infometrika S.A.S., con quien se celebró el contrato 665 de 2014.

⁷ Reporte realizado a la Superintendencia Nacional de Salud a partir de la resolución 1446 de 2006, analizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y publicado en el Observatorio de Calidad.

La encuesta fue aplicada a finales de 2014, a una muestra representativa de usuarios por EPS, a nivel Nacional, abarcando 85 municipios y un total de 20.361 usuarios. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevista personal en hogares con aplicación de cuestionario estructurado a través de dispositivos móviles de captura. El grupo objetivo de la encuesta estuvo conformado por personas afiliadas al sistema de salud, mayores de 18 años, pertenecientes a los Regímenes Subsidiado y Contributivo que han utilizado los servicios de salud de las EPS en los últimos 6 meses.

Esta encuesta permite medir el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud desde diferentes dimensiones como: calidad, acceso y oportunidad de los servicios, promoción del empoderamiento, promoción de la salud, protección financiera, corresponsabilidad del usuario.

Los resultados de esta encuesta serán una fuente de información importante para la generación del ranking de desempeño de las EPS, que se encuentra en construcción y será publicado en el segundo semestre del año 2015 y mantendrá las dimensiones del realizado en el año 2014.

3.4 Sistema Único de Habilitación

El Sistema Único de Habilitación ha tenido un desarrollo importante. Por un lado, se han llevado a cabo acciones para la actualización de los estándares y criterios de la habilitación de servicios de salud, y por otro, se han desarrollado procesos para la habilitación de Unidades Funcionales de Cáncer, definidas por las Leyes 1384 y 1388 de 2010.

Luego de la expedición de la Resolución 2003 de 2014, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”, se adelantaron estrategias de implementación y construcción de procesos claves para su desarrollo y apropiación por parte de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud. Para tal efecto, se diseñó un plan de asistencia técnica que se implementó en el segundo semestre de 2014, con la socialización con actores de todo el país, en las ciudades de Bogotá, Medellín, Pereira, Barranquilla y Cali.

Como soporte al proceso de asistencia a las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, se elaboraron y distribuyeron paquetes de instrucciones sobre verificación de condiciones de habilitación, los cuales están disponibles para consulta pública.

En el primer semestre de la vigencia en curso, también se identificaron necesidades de asistencia técnica en habilitación de servicios y se desarrolla un plan con reuniones virtuales y acompañamiento permanente en temas como procedimiento de habilitación para servicios nuevos de oncología, infraestructura y dotación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), entre otros.

De otra parte, resultado del acompañamiento a la Superintendencia Nacional de Salud, en la revisión de temas de suficiencia patrimonial y financiera cuando los prestadores se encuentren en condición de intervención por parte de esta Entidad, se expidió la Resolución 226 de 2015 *“Por medio de la cual se adiciona el numeral 2.2. del Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, en el sentido de establecer un trámite especial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud”*.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, se continuó con el proceso de verificación de las condiciones de habilitación de nuevos servicios oncológicos en el país, para lo cual durante el periodo se suscribieron dos convenios interadministrativos con el Instituto Nacional de Cancerología, en cuyo marco se han verificado 129 servicios oncológicos nuevos, de los cuales se ha habilitado el 41,9% de éstos.

3.5 Sistema Único de Acreditación

En desarrollo del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGC -, con corte a 30 de mayo, se encuentran acreditadas 32 instituciones prestadoras de servicios de salud, 9 de ellas públicas y 23 privadas.

Con el fin de continuar con el apoyo para la implementación del Sistema Único de Acreditación, se llevaron a cabo más de cien asistencias técnicas individuales y colectivas a Prestadores de Servicios de Salud, Direcciones Territoriales de Salud y EPS, con un cubrimiento de 2.659 personas. Todos los departamentos y Distritos recibieron asistencia técnica, destacándose el acompañamiento a Bogotá, Antioquia, Caldas, Risaralda, Cundinamarca y Valle.

Tomando en consideración, entre otros, que el Sistema solo puede ser operado por entidades nacionales acreditadas por la *International Society for Quality in Health Care – ISQUA* y con un mínimo de cinco años de experiencia en la acreditación de entidades del sector salud en el país, mediante la Resolución 2427 de 2014, se inscribió el ICONTEC como ente acreditador.

De igual forma, con apoyo del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo se está llevando a cabo el proceso de acreditación del Manual Único Ambulatorio y Hospitalario, de acuerdo con lo señalado en los términos y condiciones del Programa Internacional de Acreditación de ISQua.

De otra parte, teniendo en cuenta la inclusión de las buenas prácticas esenciales para la seguridad de pacientes como requisitos mínimos obligatorios dentro del Sistema Único de Habilitación, se actualizaron y dispusieron para consulta pública 23 paquetes instruccionales, orientados a la identificación de los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para su implementación práctica en los hospitales.

3.6 Planes de Gestión de las IPS

En el marco de las estrategias del Gobierno Nacional, para impulsar la implementación de mecanismos de operación, administración y gestión del recurso humano de las Empresas Sociales del Estado -ESE, se expidió el Decreto 1376 de 2014, “*Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones*”, el cual tiene por objeto fijar los elementos para la estructuración de este tipo de plantas y la suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral, en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1610 de 2013. En aplicación de esta norma, a diciembre 31 de 2014, según datos reportados por las ESE al Sistema de Información de Hospitales Públicos – SIHO, las juntas directivas de 78 de estas instituciones, habían aprobado 4.976 cargos temporales, de los cuales 2.716 estaban provistos y 2.260 estaban vacantes. De los provistos, el 78% correspondía a cargos asistenciales y el 22% a cargos administrativos.

En cumplimiento del Decreto 160 de 2014, durante el primer semestre de 2015, se llevó a cabo la negociación de los pliegos presentados por las Centrales Obreras, siendo uno de los puntos abordados el régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado nacionales y territoriales. Las Centrales Obreras solicitaron trabajar de manera conjunta con el Gobierno Nacional, en la construcción de la propuesta de dicho régimen, considerando los principios establecidos en el artículo 53 de la Constitución Política y en el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015.

De igual manera, en aplicación de la normatividad vigente sobre selección de gerentes (artículo 28 de la Ley 1122 de 2007, artículo 72 de la Ley 1438 de 2011, Decreto 800 de 2008, modificado por el Decreto 2993 de 2011), las ESE han reportado al SIHO, que 798 gerentes tienen forma de vinculación por periodo fijo, 125 están encargados, 8 interventores y 28 de libre nombramiento y remoción. En cuanto a la evaluación de los planes de gestión de los gerentes de las ESE (Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013), de un total de 440 ESE con reporte de evaluación de estos planes del año 2013, 14 gerentes tuvieron resultado insatisfactorio, de los cuales surtido el debido proceso, siete fueron removidos de sus cargos. De la información reportada por 656 ESE, sobre la evaluación de estos planes del año 2014, 9 presentaron calificación insatisfactoria y surtido el debido proceso, dos gerentes fueron removidos del cargo.

En cuanto a la regulación de los subsidios de oferta en las condiciones que lo ameriten, es importante señalar que en el contexto de la Resolución 4015 de 2013, se aprobaron los planes financieros territoriales de salud por parte de los Ministerios de Salud y Hacienda y Crédito Público, de los departamentos y distritos de Atlántico, Caldas, Guaviare, Guainía, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Vaupés, Barranquilla y Cartagena. En los planes aprobados, los departamentos de Guainía, San Andrés y Providencia y Vaupés tienen excedentes de recursos de oferta que pueden ser utilizados en el marco del Decreto 2273 de 2014, mediante el cual se establecen disposiciones para garantizar la prestación

de servicios de salud en aquellos lugares en los cuales solo el Estado está en capacidad de ofrecerlos, cuando la oferta de servicios se sustenta en infraestructura pública independiente de su modalidad de gestión, en los departamentos a cuya jurisdicción territorial solo se puede acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo.

3.7 Seguimiento y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios

En el marco de la planeación, gestión y evaluación de la Política de Prestación de Servicios de Salud, se adelantaron procesos tendientes a su desarrollo en el nivel territorial, soportados en instrumentos que, de manera conjunta y armónica, permitan su provisión en condiciones de calidad, efectividad y eficiencia, para lo cual se brindó asesoría permanente a las entidades territoriales para su elaboración y aprobación, entre los cuales se encuentran:

- Los Programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado – PTRRM, definidos según el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011. A la fecha, de los 36 departamentos y distritos están aprobados 35 PTRRM.
- Los Planes Bienales de Inversiones como mecanismo para la planificación de la inversión pública en salud, de acuerdo con lo establecido en las Leyes 715 de 2001 y 1438 de 2011 y las resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013.
- Los Planes financieros territoriales de salud para la planeación de los recursos para la salud, enmarcados en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011, el Decreto 196 de 2013 y la Resolución 4015 de 2013.
- Los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero como herramienta integral, institucional, financiera y administrativa, para el restablecimiento de la solidez económica y financiera de las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, según lo establecido en las Leyes 1438 de 2011 y 1608 de 2013 y el Decreto 1141 de 2013.

3.8 Saneamiento Fiscal y Financiero de las IPS

De conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, a partir de la metodología definida para categorizar anualmente el riesgo de las empresas sociales del Estado, con base en la información de 2014, se efectuó la categorización correspondiente a la vigencia 2015, a través de la Resolución 1893 de 2015.

Adicionalmente, teniendo en cuenta el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, que modificó el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, mediante el Decreto 2651 de 2014, se establecieron los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, así como las disposiciones relacionadas con la ordenación, asignación y giro de los recursos que lo conforman.

A su vez, mediante la Resolución 5929 de 2014, se establecieron los criterios, condiciones, requisitos y procedimientos para la asignación, distribución y giro de los recursos del FONSAET. Siguiendo los lineamientos establecidos en dicha Resolución, mediante la

Resolución 5938 de 2014, se asignaron los recursos del FONSAET, apropiados para la vigencia 2014, por un monto de \$ 81.865.6, a quince (15) entidades departamentales, para que éstas realicen la distribución entre las ESE categorizadas en riesgo medio o alto, que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero o que estén en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – ESE, definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.9 Redes de Prestación de Servicios de Salud

En el marco de la propuesta de Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, soportado en la estrategia de atención primaria, la salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo, y el enfoque poblacional y diferencial, durante el período se continuó con el desarrollo de los lineamientos y herramientas metodológicas para el proceso de conformación, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las redes de prestación de servicios de salud, con el propósito de brindar a la población una atención en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con la debida disponibilidad y suficiencia de la oferta requerida. Estos desarrollos se relacionan con:

- Lineamientos e instrumentos metodológicos para la conformación y organización de las redes, definiendo alcances, funciones de los actores, metodología para la determinación de la suficiencia de la oferta a nivel territorial, requerimientos de información, entre otros.
- Propuesta de criterios para la habilitación de las redes de prestación de servicios de salud, con los procesos a evaluar y estándares para su entrada y permanencia.
- Propuesta de criterios e instrumentos para el seguimiento y evaluación de las redes, con el propósito de identificar y valorar el desempeño de los actores en el proceso de atención provisto por las mismas.

En el primer trimestre de 2015 estos desarrollos fueron socializados con las direcciones territoriales de salud, la Superintendencia Nacional de Salud, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y agremiaciones de éstas. Las propuestas de política y estrategias señaladas, son desarrollos técnicos que se encuentran en elaboración en concordancia con las disposiciones del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, cuyos resultados se traducirán en la normatividad respectiva.

3.10 Prevención y atención en emergencias y desastres

Respondiendo a lo estipulado en la legislación vigente, en este tema se contribuye con el fortalecimiento de las capacidades de las direcciones territoriales de salud, a través de la coordinación con las demás dependencias del Ministerio, para el mejoramiento de los procesos de gestión territorial en salud, con criterios de eficacia y efectividad, con el fin de identificar problemas, planificar, implementar y monitorear intervenciones.

Así mismo, promueve la participación social y ciudadana a través del fortalecimiento de los espacios de participación y control social en la gestión de las entidades del sector salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación del servicio a los usuarios del sistema.

Recursos Dispuestos para el Fortalecimiento Sectorial

Programa Atención Emergencias Sanitarias:

En la vigencia 2014, se asignaron recursos por 1.450 millones de pesos con el fin de fortalecer las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres CRUE del Sector. Se realizaron transferencias de recursos por valor de \$ 660 millones, a las direcciones departamentales de salud, para el fortalecimiento de los Centros Reguladores Urgencias y Emergencias, con el fin de apoyar la gestión y compra de elementos o servicios que permitan mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de apoyo en la atención de salud a los pacientes afectados por urgencias, emergencias y desastres.
- Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva. Con el fin de apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realiza las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer el Centro Nacional de Reserva del Sector Salud y la respuesta sectorial ante desastres.

Cuadro No. 29. - Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva

Vigencias	Fortalecimiento	Valor millones
2014	Centro Nacional de Reserva	\$ 332.3
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 283.5
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 174.5
TOTAL		\$ 790.3

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2014, Resolución 071/2014

Para la vigencia 2015, se tienen dispuestos recursos por valor de \$1.493 millones de pesos, con los cuales se espera apoyar las actividades de este programa.

Plan Nacional de Salud Rural

La finalidad de este programa es contribuir con el mejoramiento de los servicios básicos e integrales de salud, es decir tanto a las personas como el medio ambiente, orientados a atender las poblaciones menores de 50 mil habitantes, pobres, rurales y marginadas urbanas del país a través de cofinanciación de proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la citada población. En la vigencia 2014, se realizó una apropiación por valor de \$9.810 millones de pesos con los que se pudieron apoyar ciento diez (110) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

Para la vigencia 2015, no se disponen aún recursos para este programa teniendo en cuenta lo estipulado en el Decreto 0377 de 2015, “*Por el cual se aplazan unas apropiaciones en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2015 y se dictan otras disposiciones*”.

Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud

Con este programa se pretende contribuir con el mejoramiento de los servicios básicos e integrales de salud y se orientan al apoyo de poblaciones marginadas urbanas del país a través de la cofinanciación de proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la citada población. Para la vigencia 2014, se realizó una apropiación por valor de 3.227 millones de pesos con los que se pudieron apoyar once (11) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

En la presente vigencia se distribuyeron recursos por valor de \$3.307 millones de pesos, con los cuales se apoyarán a 28 entidades de salud.

Proyecto Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres.

En la vigencia 2014, se asignaron recursos por valor de \$700 millones de pesos con el fin de desarrollar un grupo de actividades para el fortalecimiento de la gestión sectorial frente a los desastres:

- Fortalecimiento de la estrategia Hospital Seguro frente a los Desastres: La citada estrategia busca fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de servicios de salud ante emergencias y desastres. Durante la vigencia 2014, fueron asignados recursos por un valor de \$390 millones de pesos con la siguiente distribución:

Cuadro No. 30. - Hospitales Seguros frente a los Desastres

Institución	Resolución	Valor Millones
E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	Resolución 779 de 2014	100
E.S.E Hospital San Andrés de Tumaco	Resolución 779 de 2014	30
E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería	Resolución 779 de 2014	90
ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira	Resolución 5339 de 2014	70
ESE Hospital Santa Clara	Resolución 5631 de 2014	100
Total		390

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2014, Resoluciones 779, 5339 y 5631/2014

- Fortalecimiento de la Red Nacional de Radiocomunicaciones del sector salud con una inversión de 70 millones de pesos con lo que se adquirieron de equipos de radiocomunicación para las diferentes entidades del sector.

- Con el fin de fortalecer las actividades de asistencia técnica en temas relacionados con la gestión de riesgo en desastres se asignaron recursos por valor de \$221.7 millones de pesos.

Para la vigencia 2015 y actualmente en ejecución, se dispusieron recursos por valor de \$1.000 millones de pesos de los cuales se aplazaron 200 millones de pesos. (Decreto 0377 de 2015)

Proyecto Mejoramiento de la Red de Urgencias

Los programas de *Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias*, tienen como objeto mejorar la prestación de servicios de urgencias, prehospituarios, hospitalarios del país y prepararlos para la atención de eventos catastróficos y de accidentes de tránsito. El programa está estructurado en tres componentes: dotación de equipos médicos, transporte y comunicaciones.

Para la vigencia 2014 fueron asignados de recursos por valor de \$34.752 millones de pesos, con los cuales se fortalecieron cincuenta y ocho (58) instituciones del país.

Cuadro No. 31. Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias

Departamento	Tipos de Proyecto		Valor Inversión Millones
	Dotación Equipo Médico y de apoyo	Transporte Asistencial	
Antioquia	2.000	1.139	3.139
Arauca	1.300	920	2.220
Atlántico		1.299	1.299
Bogotá	1.499		1.499
Bolívar	2.514		2.514
Boyacá	999	67	1.067
Caldas	201	79	280
Cauca	2.498	2.069	4.567
Choco	900		900
Córdoba	478	70	548
Huila	790	287	1.077
La Guajira	1.105	81	1.186
Magdalena		123	123
Nariño	1.000		1.000
Norte de Santander	349		349
Risaralda	110	100	210
Santander		1.895	1.895
Sucre	800	2.178	2.978
Tolima	1.598		1.598
Valle del Cauca	5.335	959	6.295
Total	23.482	11.269	34.752

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Para la vigencia 2015, se asignaron recursos por valor de \$15.000 millones de los cuales se han ejecutado hasta la fecha \$5.134.

Cuadro No. 32. Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias

Departamento	Tipos De Proyecto		Total general millones
	Dotación Equipo Médico	Transporte Asistencial	
Cauca	2.000		2.000
Magdalena		785	785
Risaralda		950	950
Santander		1.400	1.400
Total	2.000	3.135	5.135

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Participación Social.

Basados en lo dispuesto por el Decreto 4107 de 2011, se formuló el proyecto denominado “*Fortalecimiento de la Participación y Control Social en el Sector Salud*” que fue finalmente incluido en el Presupuesto General de la Nación con una apropiación en vigencia 2015 de 500 millones de pesos que se encuentran actualmente en ejecución.

3.11 Infraestructura física y dotación hospitalaria

Como parte de la implementación de estrategias orientadas al mejoramiento de la capacidad instalada de la red pública hospitalaria, previa verificación de cumplimiento de los criterios y condiciones establecidas por el Ministerio, se asignaron recursos por valor de \$47.280.4 millones distribuidos así:

- \$9.000,0 millones para apoyar la reducción de la vulnerabilidad sísmica estructural de cuatro ESE de Caldas, Tolima, Boyacá y Caquetá.
- \$14.999,9 millones para financiar proyectos de adquisición de equipamiento biomédico de 76 ESE de los departamentos de Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cesar, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta y Valle del Cauca.
- \$23.280,4 millones para la ejecución de proyectos de infraestructura hospitalaria de tres ESE de Antioquía, Arauca y Santander, en el marco de la Estrategia Contratos Plan.

De manera complementaria, en la presente vigencia se está desarrollando el proyecto *Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria - Nacional*, el cual se ejecutará a través de transferencia directa de recursos a las ESE, que resulten beneficiarias, previo cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos en la resolución 829 de 2015. En este contexto, se recibieron iniciativas de proyectos por parte de 21 entidades territoriales, los cuales han sido objeto de análisis de viabilidad por parte del Ministerio, y seleccionados para asignación de recursos por \$49.321,3 millones, diez proyectos de inversión en infraestructura o dotación de (10) ESE, mediante Resolución 2078 de 2015, en los departamentos de Antioquia, Putumayo, Caldas, Nariño, Boyacá, Atlántico, Huila, Tolima, Córdoba y Risaralda.

Por otro lado, con el fin de fortalecer la capacidad técnica y operativa de las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales y Distritales, se desarrollaron acciones de asistencia técnica permanente para el mejoramiento de la infraestructura física hospitalaria, en cumplimiento de la Leyes 400 de 1997 y 715 de 2001.

En relación con el análisis de proyectos, se otorgó viabilidad técnica al desarrollo de 143 proyectos de infraestructura con un valor de inversión de \$289.149 millones, que involucran el mejoramiento de 180.877 metros cuadrados de infraestructura física de IPS públicas.

En el marco de la Ley 715 de 2001, y la Resolución 2514 de 2012, se evaluaron los planes bienales presentados por 29 Departamentos y 3 Distritos con un consolidado de 3.444 proyectos, de los cuales se aprobaron 2.535. El valor de la inversión programada asciende a 9 billones 143.560 millones de pesos.

3.12 Telemedicina

Se ha continuado fortaleciendo la prestación de servicios de salud en el territorio Nacional, a la población que presenta limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica a través de Telemedicina. De acuerdo con lo reportado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS-, a 31 de mayo de 2015, el país cuenta con 691 sedes de prestadores inscritos y 2.455 servicios habilitados bajo esta modalidad, ubicados en 276 municipios de 32 departamentos y distritos; de estos prestadores operan simultáneamente como prestador remitidor y centro de referencia 27 sedes de prestadores con 65 servicios habilitados, de las cuales, 6 son públicas con 30 servicios.

Durante el período 2014-2015, se ha presentado una tendencia creciente, tanto en sedes como en servicios. Si bien las sedes de prestadores públicos con telemedicina son menos que las de prestadores privados, concentran el mayor número de servicios. Se destaca que los servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina de mayor frecuencia son medicina interna, diagnóstico cardiovascular, pediatría, dermatología y ginecología.

De otra parte, a través del Convenio de Cooperación Técnica entre el MSPS y el Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE), se continúa fortaleciendo el desarrollo de la telemedicina en los municipios de fronteras, con la ejecución de recursos cercanos a los \$1.140 millones, asignados por el MRE, a 34 sedes de prestadores públicos, ubicados en 28 municipios de frontera.

En cuanto a la conectividad de prestadores públicos para el desarrollo de la telemedicina, se ha dado continuidad al trabajo conjunto con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones para gestionar la conectividad de prestadores públicos en el marco del proyecto de banda ancha “*Vive Digital*”.

Se realizó la actualización y ajuste de documentos técnicos para la implementación del proceso de evaluación y monitoreo de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina. En este contexto se formuló el modelo de atención para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina y el modelo de evaluación y monitoreo de la telemedicina, que dentro de sus procesos operativos considera las preguntas de la línea de base y el protocolo, captura y análisis de datos de la misma, entre otros. Actualmente se está trabajando en la fase de análisis de datos de la línea de base para continuar con la divulgación de los hallazgos, así como la socialización de los documentos técnicos para la operativización de la telemedicina.

Adicionalmente, de forma permanente se presta asistencia técnica y orientación para el desarrollo de los servicios bajo la modalidad de telemedicina a todos los actores interesados (prestadores, Direcciones territoriales, aseguradores, industria, academia).

3.13 Gestión de Información Asociada a la Prestación de Servicios

Los sistemas de información para la prestación de servicios de salud han presentado mejoras en los procesos y procedimientos de captura, para garantizar la disposición de la información de manera oportuna, sistemática y continua. Se destaca el diseño de reportes, para asegurar la oportunidad del reporte de información en el Sistema de Información de Hospitales – SIHO -.

Por otra parte, para garantizar la implementación de los procesos definidos dentro del Sistema Único de Habilitación, se desarrolló en el Registro Individual de Prestadores de Servicios de Salud -REPS-, el módulo para consolidar el cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, de conformidad con lo establecido en la Resolución 2003 de 2014. Adicionalmente, se diseñó un módulo para que las Entidades Territoriales capturen, a partir de REPS, los aspectos inherentes al Plan Anual de Visitas.

Respecto al Plan Bienal de Inversiones, se continúan generando los reportes de información que permiten la gestión de la inversión pública en infraestructura física y en equipos biomédicos de control especial en el nivel territorial.

Finalmente, de acuerdo con los nuevos requerimientos de información de los procesos de conformación, organización, gestión y habilitación de las redes de prestación de servicios de salud, se diseñó el módulo de redes en el REPS, que incorpora nuevos procesos de captura de información de talento humano en salud, recurso físico y dotación. En este sentido, se está avanzando en el diseño del componente de talento humano en salud para identificar la disponibilidad del mismo en los prestadores de servicios de salud; para esto se desarrolla un servicio de consumo de información del REPS y se establecen los elementos para la verificación de la información reportada a través del Registro Único de Talento Humano en Salud – RETHUS -.

En el caso de recurso físico y dotación, se especificaron los elementos conceptuales para definir alcance y los requerimientos de tipo funcional para su diseño y desarrollo.

3.14 Tecnologías en Salud

Política Farmacéutica Nacional y Medicamentos.

En cumplimiento a lo establecido por la Política Farmacéutica Nacional, CONPES 155 de 2012, El Ministerio de Salud y Protección Social, expidió, el septiembre de 2014, el Decreto 1782 “*Por el cual se establecen los requisitos y el procedimiento para las Evaluaciones Farmacológica y Farmacéutica de los medicamentos biológicos en el trámite del registro sanitario*” . Estos productos revisten un interés especial para la salud pública, por lo tanto se hizo necesario establecer una serie de requisitos y procedimientos de evaluación y autorización de medicamentos biológicos con el fin de que se garantice su calidad, seguridad y eficacia sin generar barreras innecesarias a la competencia y a su disponibilidad, permitiendo a los pacientes disponer de alternativas terapéuticas de igual calidad y menor precio.

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra trabajando en las guías de reglamentación del decreto 1782 de 2014, tales como: Guía de inmunogenicidad, Guía de estabilidad de medicamentos biológicos, Guía de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia, Guía de Buenas Prácticas de Manufactura, Guía de plan de gestión de riesgo y Guía de comparabilidad.

De otro lado, se avanzó en la construcción del programa nacional de uso racional de medicamentos contemplado en la Estrategia 10. de la Política Farmacéutica Nacional, para esto, durante 2014, se desarrollaron actividades de un piloto de intervenciones de uso racional en los grupos antihipertensivos ARA II e IECA, entre las que se incluyó un borrador de boletín de información farmacoterapéutica de los dos grupos, piloto de formulario terapéutico y análisis de datos de consumo de los medicamentos estudiados antes y después de intervención de información a médicos en hospitales de Cundinamarca. Adicional a estas actividades, se avanzó en la revisión del marco normativo nacional para plantear el programa nacional de uso racional de medicamentos y revisión de acciones estratégicas desarrolladas por países de la Unión Europea y lineamientos de la Organización Mundial de la Salud -OMS- y Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Este trabajo fue desarrollado con la cooperación técnica y financiera de Eurosocial, BID y Unión Europea, éste último a través del proyecto ACTUE, en conjunto con la Secretaría de Transparencia. Entre los aliados estratégicos se destacó la participación de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS, Universidad Nacional, Secretaría de Salud de Cundinamarca y Universidad de Antioquia.

El resultado de las actividades del piloto, la revisión preliminar de literatura y de la normativa, han permitido la formulación de un plan por ejecutar en el que se incluyen las

actividades de evaluación del piloto, estructuración del programa nacional a partir de revisión detallada de estrategias internacionales, desarrollo normativo requerido, diseño de estrategia de comunicación, implementación de algunas intervenciones puntuales de uso racional (estudio de utilización de medicamentos, producción de información y mensajes claves, ampliación y puesta en marcha del formulario terapéutico nacional etc.) y fortalecimiento de las fuentes de información sobre medicamentos y tecnologías en salud (observatorio de tecnologías en salud) para orientar las estrategias de uso racional. Se espera que durante 2015, el plan mencionado sea ejecutado con la continuidad de apoyo de los aliados de cooperación nacional e internacional.

Ante la problemática puntual del uso de medicamentos con indicaciones no contenidas en los registros sanitarios (usos off label) identificada en la política farmacéutica como parte de las practicas inadecuadas de uso, se estableció una metodología para la sistematización, revisión y priorización de casos reportados, identificando aquellos cuyo uso se encuentra respaldado por las guías de práctica clínica nacionales, y/o agencias sanitarias internacionales, para su reconocimiento y pago a través del Fosyga.

Con respecto a los casos de desabastecimiento de medicamentos esenciales que se han identificado desde 2012, el ministerio estableció una estrategia de recepción de alertas, análisis y manejo de aquellos más críticos, que incluye acciones estratégicas conjuntas con INVIMA, entidades reportantes del SGSSS, laboratorios farmacéuticos y público en general.

Finalmente, teniendo en cuenta algunas de las necesidades y problemáticas estructurales planteadas por la política farmacéutica para el acceso a medicamentos, la Ley No. 1753, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, incluyó el "Artículo 71°. *Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos*" mediante el cual el MSPS establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de manera que se logren mayores eficiencias en el acceso a estas tecnologías. Por otro lado en el Artículo 72 de la misma Ley, se especificó la posibilidad de realizar la asignación de precios de medicamentos con base en su efectividad, simultáneamente con el proceso de registro sanitario ante el INVIMA, facultando al MSPS para la elaboración del procedimiento y operación de este mecanismo. En el mismo artículo, se faculta al INVIMA, para modificar a solicitud del MSPS, las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de un medicamento con base en la evidencia científica y por salud pública teniendo en cuenta que de lo contrario se puede representar una barrera para el acceso a medicamentos esenciales por ejemplo en población pediátrica.

Cuadro No. 33. Normatividad expedida relacionada con productos farmacéuticos.

Norma	Fecha de Expedición
Decreto 1505 de 2014 "Por el cual se modifica el Decreto 677 de 1995"	12 de agosto de 2014
Decreto 1782 de 2014 "Por el cual se establecen los requisitos y el procedimiento para las evaluaciones farmacológicas y farmacéutica de los medicamentos biológicos en el trámite de registro sanitario"	18 de septiembre de 2014.
Por la cual se modifica la Resolución número <u>3619</u> de 2013 modificada por la Resolución número 719 de 2014	18 de septiembre de 2014

Fuente: Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos

Los trasplantes de órganos, tejidos y células, en su mayoría han demostrado ser tecnologías en salud consolidadas y eficaces que salvan vidas y mejoran las condiciones de salud y calidad de vida de la población susceptible de ser tratada con estos procedimientos médicos.

Durante el año 2014, se realizaron 1046 trasplantes de órganos en el país, que representa una Tasa de Trasplante Global de 22 p.m.p (por millón población) (DANE, población proyectada 2014: 47'661.787), evidenciando un incremento del 9%, en relación con el año 2013 (Tasa de Trasplante Global: 20.4 p.m.p).

Respecto a la donación, en el año 2014, se obtuvieron 345 donantes reales, que equivale a una Tasa de Donación de 7.2 p.m.p. (DANE, población proyectada 2014: 47'661.787); representando un incremento del 5%, en relación con el año 2013. (Tasa de Donación de 7 p.m.p).

El Ministerio de Salud y Protección Social, consciente de la necesidad de facilitar las condiciones nacionales para la realización de procedimientos de trasplante, viene incluyendo en sus Políticas Públicas, la donación altruista, voluntaria y desinteresada de componentes anatómicos.

Es así como, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, como una apuesta Política por la Equidad en Salud, entendida como la ausencia de diferencias en salud, independiente de sus condiciones sociales, culturales y económicas; incluyó dentro sus estrategias de intervención colectiva e individual “la Promoción de la Donación Altruista de Componentes Anatómicos y el fomento de la conciencia solidaria a favor de los enfermos que necesitan órganos y tejidos para trasplante a nivel nacional y territorial”.

Como parte de las estrategias de intervención colectiva de Promoción a la donación este Ministerio viene realizando la campaña “*Déjalo conversado*”, en diferentes medios de comunicación, la cual busca fomentar la conciencia solidaria a favor de los Colombianos que necesitan de un trasplante.

Seguridad y disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos

La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico que contribuye a salvar vidas y a mejorar las condiciones de salud de millones de personas cada año. Esta terapia se identifica como una de las intervenciones clave en los servicios de atención obstétrica de emergencia, en los tratamientos de soporte para enfermedades oncológicas y hematológicas de la infancia y la adultez, en lesiones o traumas por accidentes y por el conflicto armado, y en servicios quirúrgicos.

La sangre, para transfusiones, es un recurso limitado, requerido permanentemente para la atención de pacientes, el cual no se fabrica artificialmente y una vez extraído tiene una corta vida útil, lo anterior exige del estado grandes esfuerzos orientados a estimular la donación voluntaria, altruista y repetitiva de sangre.

Durante el año 2014, los 83 bancos de sangre existentes en el País, recibieron 794.196 donaciones de sangre, las cuales fueron utilizadas para satisfacer las necesidades de 318.419 pacientes, transfundiéndose en total 1.162.849 componentes sanguíneos.

Mediante un ejercicio diagnóstico del Sistema Nacional de Sangre, realizado por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, se pudo evidenciar que aún se presentan dificultades relacionadas con el uso racional de la sangre e inequidad en el acceso a componentes sanguíneos. Lo anterior marca la ruta a seguir en materia de actualización técnica y normativa en temas relacionados con los bancos de sangre y los servicios de transfusión sanguínea.

El Instituto Nacional de Salud reporta como logros en esta área los siguientes:

- Se realizó seguimiento a la vigilancia de consumo de antibióticos implementada a 2014, en nueve entidades territoriales. En conjunto con la Dirección de Redes en Salud Pública, como líder de la vigilancia de la resistencia bacteriana, se ha brindado orientación a las entidades territoriales e IPS en medidas de prevención y control en la transmisión de microorganismos con patrón de resistencia.
- Generación del diagnóstico nacional de disponibilidad, cobertura, seguridad y calidad de sangre que facilita el desarrollo de la política nacional de sangre incluida como meta en plan nacional de desarrollo.

3.15 Prevención y control del cáncer

Las acciones desarrolladas durante el periodo se enmarcan en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012- 2021, adoptado mediante la Resolución 1383 de 2013.

Habilitación de servicios oncológicos

En los últimos dos años, el Instituto Nacional de Cancerología ha apoyado al Ministerio de Salud y Protección Social en la verificación previa de condiciones técnico científicas de habilitación de 503 servicios oncológicos de los 1470, que se encuentran habilitados, en 194 prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional.

El INC también ha participado en mesas de trabajo con Ministerio de salud y Protección Social para la reglamentación de las leyes de cáncer en el marco de las Unidades Clínicas Funcionales.

Así mismo logró la caracterización de los servicios oncológicos pediátricos en Colombia.

3.16 Desarrollo del talento humano en salud

Durante el período informado se avanzó en el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la disponibilidad de talento humano con perfiles y competencias acordes con las necesidades de la población y las características del sistema de salud y sus instituciones, así como al mejoramiento de las condiciones de ejercicio y desempeño del personal sanitario.

Modelo de salud, medicina familiar y competencias profesionales

El desarrollo del enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, como uno de los pilares básicos para la construcción de un modelo de atención integral en salud, y la capacidad resolutoria del personal sanitario, sirvieron de ejes para las iniciativas y acciones en el ámbito del talento humano, entre las cuales se destacan:

- Definición de perfiles, competencias y diseño de programas curriculares unificados para las especialidades en Medicina Familiar (dirigida a los médicos) y Salud Familiar (dirigida a profesionales no médicos), con participación de 32 universidades del país y diferentes actores de los sectores de salud y educación.
- Realización de un taller internacional de formación de formadores en medicina familiar, con participación de 30 docentes de universidades de diferentes regiones del país, auspiciado por EUROsocial.
- Instalación de la Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria con participación de universidades, entidades territoriales, gremios profesionales y organizaciones de la sociedad civil.
- Gestión para incorporar el enfoque de Salud y Medicina Familiar en la atención en salud y fortalecer la oferta educativa con este mismo enfoque en Nariño, Boyacá, Huila, Santander, Barranquilla, Guainía, Tolima, Cauca, entre otros, promoviendo la articulación de universidades, instituciones de salud y otros actores sociales.
- Identificación de los perfiles y competencias de 12 profesiones de la salud, consolidados en igual número de documentos, que visibilizan la capacidad resolutoria frente a las condiciones de salud de la población.
Los documentos de pueden consultar en:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oths.aspx>
- Diseño de una hoja de ruta para la definir las necesidades de perfiles y competencias que requiere el nuevo modelo de atención integral en salud, para implementar los procesos formativos.
- Puesta en marcha de la sala temática de salud y medicina familiar, para la socialización y gestión de la información y el conocimiento con los diferentes actores, pueden ser consultados en el siguiente enlace:
http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_10.aspx

Educación superior, formación para el trabajo y formación continua

Se continuaron las acciones encaminadas a mejorar la calidad y pertinencia de los programas de formación del área de la salud, impulsar la docencia y la investigación en salud y brindar garantías a los estudiantes, docentes, pacientes y usuarios de los servicios, en un proceso de coordinación intersectorial donde intervinieron los equipos técnicos del Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y el SENA.

Como resultado de estas acciones se hizo el reconocimiento como Hospitales Universitarios al Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul y al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, condición que los acredita como establecimientos de excelencia en los procesos de investigación, docencia y prestación de servicios de servicios de salud.

Además, se verificaron las condiciones de 43 instituciones prestadoras de servicios de salud, como escenarios de práctica para la formación de técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas del área de la salud y se realizó la evaluación de la relación docencia servicio de 212 programas académicos del nivel superior. En educación para el trabajo y desarrollo humano, se emitieron 219 conceptos técnicos sobre programas de formación de auxiliares de la salud, mecánica dental y cosmetología y estética integral.

Becas crédito para formación de especialistas del área de la salud

El Gobierno Nacional, a través del Icetex y el Ministerio de Salud y Protección Social, asignó al programa de becas crédito para formación de especialistas, recursos presupuestales por \$17.000 millones, que permitieron incorporar 1.215 nuevos beneficiarios, con lo cual el programa llegó a tener un máximo histórico de cerca de 4.500 beneficiarios. El programa da prioridad a quienes cursan especialidades básicas o prioritarias para el país, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 34. Nuevos beneficiarios Becas Crédito - 2014

Especialidad	Nuevos beneficiarios
Medicina Interna	168
Pediatría	157
Ginecología y Obstetricia	114
Anestesiología	94
Cirugía General	72
Radiología e Imágenes Diagnósticas	58
Psiquiatría	55
Medicina Familiar	51
Ortopedia y Traumatología	48
Dermatología	46
Otras	352
Total	1215

Fuente: Dirección Desarrollo del Talento Humano en Salud MSPS

Ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud

Servicio Social Obligatorio: Se mejoró el proceso de asignación de plazas de servicios social obligatorio con la expedición de la Resolución 2358 de 2014, adoptando un esquema que permite acercar las preferencias de los egresados a las de las instituciones que ofrecen las plazas y priorizar a madres y padres cabeza de familia, víctimas del conflicto, indígenas y raizales, en la asignación de las plazas disponibles. Todo lo anterior garantizando información relevante sobre las plazas, transparencia e igualdad de condiciones para quienes participan en los procesos de asignación.

A los procesos de asignación realizados durante el período reportado, se presentaron 10.780 egresados de profesiones de la salud y se asignaron 3.925 plazas, así:

Cuadro No. 35. Inscripción y Asignación de Plazas de Servicio Social Obligatorio

Concepto	Medicina	Odontología	Enfermería	Bacteriología	Total
Profesionales inscritos	2.749	2.979	4.210	842	10.780
Plazas asignadas	2.295	518	784	328	3.925

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. MSPS.

Tribunales de Ética: En relación con los mecanismos de autorregulación profesional, se gestionó la asignación y distribución de recursos para el funcionamiento de los Tribunales Nacionales de Ética de Medicina, Odontología y Enfermería, por un monto de \$1.352,9 millones, distribuidos así:

Cuadro No. 36. Asignación y Distribución Tribunales de Ética

Tribunal	\$ millones
Tribunal Nacional de Ética Médica	766,7
Tribunal Nacional de Ética Odontológica	331,3
Tribunal Nacional Ético de Enfermería	254,9
Total recursos	1.352,9

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.

De otro lado, se concretó la delegación de funciones públicas en los Colegios Profesionales de Química Farmacéutica y Bacteriología, dichas funciones son: inscripción de profesionales en registro único nacional de talento humano en salud, emisión de tarjetas profesionales y permisos transitorios para profesionales de la salud extranjeros.

Finalmente, se expidieron 5.600 tarjetas profesionales de medicina, 206 resoluciones de autorización de la anestesiología y 37 permisos transitorios a profesionales extranjeros en desarrollo de misiones humanitarias y científicas.

Información y conocimiento: Se avanzó en la consolidación del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, ReTHUS, articulado al SISPRO, como herramienta para la planificación, seguimiento y gestión del talento humano, así:

- Definición de las características para el reporte de información del ReTHUS, mediante la expedición de la Resolución 3030 de 2014.
- Socialización y asistencia técnica a las fuentes de información, en 25 sesiones de trabajo con direcciones departamentales de salud, tribunales ético disciplinarios y colegios profesionales que vienen participando en el proceso de delegación de funciones;
- Disposición de la plataforma de intercambio de información del SISPRO (PISIS);
- Articulación a PISIS de la información del Ministerio de Educación Nacional, relacionada con programas e instituciones del área de la salud.

En el mediano plazo el ReTHUS será un instrumento de consulta en tiempo real de la información relacionada con el talento humano autorizado para ejercer una profesión u ocupación en Colombia

3.17 Acciones de entidades prestadoras de servicios de salud del orden nacional

SANATORIO DE CONTRATACIÓN

Programa Hansen (Lepra)

Durante la vigencia 2014, se ejecutó el convenio suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, para el desarrollo de actividades de capacitación y talleres teórico - prácticos en el manejo integral de la Enfermedad de Hansen y la realización de visita de seguimiento y evaluación a convivientes de pacientes con enfermedad de Hansen diagnosticados en los últimos 10 años y educación a los pacientes y su familia en la prevención y rehabilitación de las discapacidades generadas por esta enfermedad.

Estas actividades fueron ejecutadas en la ciudad de Cúcuta, donde convergieron los municipios: Puerto Santander, Villa del Rosario, Los Patios, San Cayetano, Zulia y Pamplona; obteniendo una cobertura total de 105 participantes. En la ciudad de San Gil, concurren municipios como: Socorro, Páramo, Aratoca, Barichara, Mogotes, Confines, Coromoro, Palmas del Socorro, Chima, Ocamonte, Jesus Maria y Charalá, con un total de 77 participantes. Se detectaron 4 casos nuevos de enfermedad de lepra.

Durante el mes de diciembre el Ministerio de Salud y Protección Social, otorgó 56 nuevos cupos de subsidios con cargo a la pagaduría del Sanatorio de Contratación E.S.E., con lo cual de igual forma la entidad adjudicó 78 nuevos subsidios.

Prestación de servicios de salud de primer nivel

Durante el segundo semestre de la vigencia 2014 y lo corrido del 2015, se han prestado servicios de primer nivel a la población en general afiliada a EPS y ARS, con presencia en el municipio de Contratación, así:

Cuadro No. 37. Servicios de Primer Nivel

Servicios	Usuarios	Total
Consulta Ambulatoria	Otros	11.260
	Hansen	436
Consulta de Urgencias	Otros	5.565
	Hansen	650
Consultas Ginecología		7
Consultas Ortopedia		145
Consultas Optometría		0
Consultas Medicina Interna	Otros	49
	Hansen	210
	Total.	259
Observación Urgencias	Obser Urgen	216
Hospitalización Pacientes	Otros	208
	Hansen	207
Partos		18
Odontología Procedimientos	Otros	3.155
	Hansen	246
Odontología No. Pacientes	Otros	3.039
	Hansen	535
Radiología Imágenes	Otros	1.911
	Hansen	254
Radiología No. Pacientes	Otros	1.231
	Hansen	63
Laboratorio Exámenes	Otros	10.046
	Hansen	593
Electrocardiograma	Otros	1.549
	Hansen	261
Ecografía		128
Citologías		313
Nebulizaciones	Otros	1.092
	Hansen	43
Nebulización No. Pacientes	Otros	313
	Hansen	14
Terapia Respiratoria	Otros	76
	Hansen	17
Terapia Resp. No. Pacientes	Otros	11
	Hansen	10
Terapia Física	Otros	1.603
	Hansen	5.503
Servicio Ambulancia	Urg.Otros	383
	Urg.Hansen	86

Fuente: Sanatorio Contratación

En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello, se presta el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a 65 enfermos de lepra en promedio con altos grados de discapacidad.

SANATORIO DE AGUA DE DIOS

La alta dirección y el talento humano asistencial y administrativo del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., durante el período junio de 2014 a mayo de 2015, han garantizado el enfoque en cuanto a los objetivos y líneas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional; la implementación de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la medición de resultados y el mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud **Sistema Único de Habilitación.**

El Sanatorio de Agua de Dios, ejecutó durante el segundo semestre de 2014, la autoevaluación de los siete (7) estándares del Sistema Único de Habilitación, que regula la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, para cada uno de los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Durante la actual vigencia, se ha capacitado semanalmente a 43 líderes responsables de las unidades funcionales asistenciales y administrativas, en los temas pertinentes al mejoramiento continuo de la calidad.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad

El Sanatorio de Agua de Dios terminó el 31 de marzo de 2015 la ejecución de la sexta versión del PAMEC, obteniendo como resultado 11 acciones de mejora cumplidas, 15 acciones de mejora identificadas y el 73% de cumplimiento del Programa.

Las acciones de mejora cumplidas son:

- Creación y puesta en marcha de la Coordinación de Calidad.
- Creación y puesta en marcha del Comité de Seguridad del Paciente.
- Se ejecutó la encuesta de percepción de seguridad del paciente, con una muestra de 80 personas.
- Socialización, sensibilización, orientación y educación al 100% talento humano en la política de seguridad del paciente.
- Socialización, sensibilización, orientación y educación al 100% de los pacientes que visitan el Sanatorio de Agua de Dios.
- Se reportaron, se analizaron y se socializaron el 100% de incidentes, acciones inseguras y eventos adversos.
- Se ingresó los deberes y derechos del paciente en el sistema de información PANACEA, para que los miembros del equipo profesional garanticen el proceso de educación al paciente y su familia.

- El comité de emergencias diseñó el Procedimiento Operativo Normalizado P.O.N. Prevención de pérdida de paciente durante el proceso de atención.
- El comité de emergencias actualizó el Plan de Emergencias interno y externo, aplicando los lineamientos del Centro Regulador de Urgencias de Cundinamarca.
- Se diseñaron y se redactaron los procedimientos de gerencia de la información.
- Se rediseñó y se socializó el nuevo mapa de procesos.

Sistema de información para la calidad

Los resultados obtenidos por el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. en el sistema de información para la calidad son:

- Análisis en los respectivos comités, de los indicadores de calidad del 1 de julio a 31 de diciembre de 2014, antes de ser reportados a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Reporte oportuno de los indicadores de calidad del 1 de julio a 31 de diciembre de 2014, en el aplicativo WEB de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Reporte oportuno de los indicadores de alerta temprana a las EPS CONVIDA, ECOOPSOS, CAFAM, durante el segundo semestre de 2014 y los cinco primeros meses de 2015.
- Claridad en la minería de datos en cada unidad funcional asistencial y administrativa.

Sistema Único de Acreditación en Salud

En cuanto al Sistema Único de Acreditación, se diseñaron e implementaron las políticas de los ejes del modelo evaluativo, acorde a las exigencias de la Resolución 123 de 2012. Durante los primeros cinco meses del 2015, se socializó y sensibilizó en las políticas institucionales al talento humano asistencial y administrativo en el 95% y a 1037 pacientes y familiares, entre el 2 de enero y el 31 de mayo de 2015.

HOSPITAL UNIVERSITARIO E.S.E. CENTRO DERMATOLÓGICO “FEDERICO LLERAS ACOSTA”

El Hospital Universitario Empresa Social del Estado Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, es una IPS de tercer nivel de complejidad, centro de referencia a nivel nacional de patología cutánea, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. En su objetivo maneja cuatro ejes fundamentales: la atención especializada en piel, la docencia para formar nuevos dermatólogos, la investigación en materia cutánea, y el apoyo al Gobierno Nacional en lo de su competencia.

La Entidad, goza de gran reconocimiento técnico nacional e internacional, y su área asistencial se caracteriza por prestar servicios con unos altos estándares de calidad, por ello se cuenta con el reconocimiento como hospital universitario mediante acuerdo No 00267 del 25 de julio de 2014, las certificaciones ISO 9001; NTCGP 1000, ISO 14001 y en Buenas Prácticas Clínicas, así mismo, es una de las treinta y dos (32) entidades de salud

en el país que tiene que cuenta con la certificación de Acreditación en Salud, que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del ICONTEC. La certificación de Esa Acreditación en Salud obtenida desde el año 2009, posee el aval el sello de la International Society for Quality in Health Care (ISQua), lo que avala que la Organización cumple con los estándares internacionales de calidad.

Entre junio de 2014 y mayo de 2015, la entidad presentó cambios relevantes que contribuyen con el mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud, entre los cuales se obtuvo:

- El CDFLLA se convirtió, en el 2014, en la cuarta IPS del país en alcanzar el reconocimiento como Hospital Universitario, siendo la primera de carácter público, cumpliendo los Lineamientos de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3409 del 2012
- Se fortalece el Sistema de Información y atención al usuario, realizando adecuaciones en el módulo del SIAU, se incrementó el número de informadoras, a fin de mejorar la información y educación a los usuarios en temas relevantes para la entidad como derechos y deberes, condiciones para atención segura, mecanismos para manifestarse, procesos de atención, promoción y prevención, entre otros. Igualmente se adecua otra sala de educación lúdica dirigida a la población infantil.
- Se implementa el área de toma de signos vitales a fin de incrementar la cobertura, conforme a lo solicitado por la Junta de Acreditación. Igualmente se destina y adecua un espacio para realizar el aislamiento de los pacientes ambulatorios que así lo ameriten.
- Se continúa con el proceso de renovación de tecnología biomédica fortaleciendo principalmente las áreas de cirugía y laboratorio. Igualmente se mejora el plan de mantenimiento y metrología, así como se generan guías rápidas de los equipos para los de mayor riesgo. Igualmente el mejoramiento en la tecnología informática con la adquisición de nuevos servidores, switch, equipos de cómputo, implementación de una nueva plataforma del digiturno y mejoramiento de la infraestructura de telecomunicaciones con ampliación de anchos de banda, entre otros.
- Se logra la implementación e integración en el software de Dinámica gerencial del módulo de talento humano, el de presupuesto y la finalización de la articulación del módulo de laboratorio con la Historia clínica.
- Se fortalece la identificación y respuesta a las necesidades de tecnología, ambiente físico y gerencia de la información, donde se consideraron las recomendaciones del equipo evaluador de la Acreditación.
- Se fortalece la selección por competencias, así como su evaluación dado que se estructura un manual específico de habilidades por cargos y se ajustan los instrumentos de evaluación, donde se incluyen las competencias transversales de seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad. Además se ajusta el manual de Funciones considerando los nuevos lineamientos del DAFP.
- Se fortalecen la articulación de los equipos de mejoramiento y sistematicidad de las reuniones de los: primarios asistenciales, autoevaluación y mejora.
- Se fortalece el cierre de los ciclos de mejora con el ajuste en la caracterización de los procesos donde se aplica en forma explícita el ciclo PHVA y se incorpora a cada caracterización la identificación de los riesgos relevantes acorde con la Matriz de riesgos

Institucional. Igualmente se estructura un proceso de Ambiente físico a fin de articular y estandarizar las actividades que se realizan en torno a este proceso.

- Se adquiere el software de calidad ISOLUCION, en el que se validaron los módulos adquiridos y nos encontramos en la fase de capacitación para lograr su implementación.
- En el período Enero-Abril de 2015, se logran excedentes financieros de \$466.026.382, lo cual refleja que la entidad sigue siendo una entidad sostenible, donde el 99% de sus pacientes son particulares y consultan a la entidad por sus altos niveles de calidad.
- Supervisión directa de medicamentos en los programas de Lepra y Leishmaniasis y se instaura el procedimiento de dosis supervisada en los programas de Hansen y Leishmaniasis con el apoyo de enfermería.
- Estabilización del aplicativo de historias clínicas y fortalecimiento de la cultura de registro electrónico (se deja de imprimir las historias clínicas excepto de para los programas especiales).
- Consolidación del manual de políticas de la entidad y socialización del mismo.
- Actualización del MECI de acuerdo al Decreto 943 de 2014.
- Proceso de implementación de las NIIF que pueden impactar en el patrimonio de la entidad para la vigencia 2015.
- Fortalecimiento de la dispensación de medicamentos y productos derma-cosméticos a domicilio en la ciudad de Bogotá.
- En octubre del 2014 se logra la Recertificación de todos los servicios de la Entidad, bajo las normas ISO 9001:2008; NTCGP1000:2009 y la recertificación de la gestión ambiental bajo la ISO 14001:2004, por SGS Internacional.
- Se implementa el software de la OPS para el registro y análisis de los eventos adversos e incidentes. Se resalta la no presentación de eventos centinelas y que la mayor proporción de Eventos adversos son de tipo no prevenibles: Reacción adversa de medicamentos.
- Se implementa la Asesoría farmacéutica, liderada por el grupo de químicos farmacéuticos.
- Con motivo de la expedición de la Resolución 2003 del 2014 del Sistema Único de Habilitación, se realizan adecuaciones en la entidad a fin de cumplir los estándares de infraestructura (cambio de techos del 100% de las áreas asistenciales, mejora de luminarias, arreglos de consultorios y otros). Igualmente se deshabilita una sala de cirugía, considerando el volumen de pacientes que se atienden y los nuevos requerimientos de las áreas de recuperación.
- A fin de propiciar una atención más integral se habilita el servicio de psicología.
- Se incrementa el personal asistencial de enfermería, área de cajas y farmacia. Igualmente se continúa con el ingreso permanente de Dermatólogos, dado el volumen creciente de pacientes.
- Se logra mantener la satisfacción de nuestros pacientes en niveles superiores al 96%, evaluada por una firma externa.
- Se ponen a disposición del País las guías de práctica clínica basadas en la evidencia: Carcinoma escamo-celular, carcinoma baso-celular y queratosis actínica, trabajadas en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología y la FUCS y avaladas por Colciencias, Ministerio de Salud y protección Social y el Instituto de la Evaluación de la tecnología en Salud.

Los indicadores de gestión de calidad y de servicio de la entidad garantizan resultados aventajados, como la satisfacción del usuario, situándose en el 97,62% con relación a la meta establecida del 96%, el indicador de oportunidad de la cita se ubicó en 6 días muy por debajo de la meta establecida por la alta gerencia de 8 días, pago a proveedores en menos de 26 días, permitiendo al usuario tener atención directa, con indicadores que muestran la consolidación del modelo asistencial en beneficio de la población en general como se muestra en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 38. Indicadores de Gestión de Calidad - Mayo 2015

Indicador	Resultado
Evaluación Promedio de la Historia Clínica.	90 / Meta 90
Tutelas o Demandas por Fallas en el Servicio.	0
Oportunidad de Respuesta a las Manifestaciones del Usuario.	5,21 días/ Meta: 7 días

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Cuadro No. 39. Indicadores de Gestión del Proceso de Servicio - Mayo 2015

Indicador	Resultado	Meta
Oportunidad de la Cita (días).	6,4	8
Tiempos Promedio de Atención en Cajas (minutos).	6,03	15
Cumplimiento Promedio del Laboratorio (%).	100	100
Satisfacción del Usuario (%).	97,62	96

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

Prestación de Servicios de Salud como (Entidad Adaptada): En el siguiente cuadro, se relaciona el número total de actividades asistenciales promedio realizadas a los usuarios afiliados al FPSFCN en todo el país.

Cuadro No. 40. Actividades Asistenciales

Nombre Actividad	Número de Actividades	Promedio por Usuarios
Medicina General	306.162	6,75
Medicina Especializada	222.104	4,89
Odontología	255.390	5,63
Urgencias	41.792	0,92
Hospitalización	7.357	0,16
Cirugía	2.008	0,04
Medicamentos Suministrados	2.273.242	50,10
Exámenes de Laboratorios	705.751	15,55
Procedimientos Diagnostico	214.863	4,74
Suministro de Complemento Terapéutico	235.414	5,19
Entrega de Monturas	18.497	0,41

Fuente: Datos estadísticos remitidos por las IPS contratadas por el FPSFCN en el periodo de junio de 2014 a febrero de 2015

En el cuadro anterior podemos observar que en promedio cada usuario afiliado asiste 6,75 veces a consulta de medicina general y 4,89 veces a consulta de medicina especializada. De igual manera se observa que estas consultas generan en promedio 50,10 medicamentos por usuario, 15,55 exámenes de laboratorio por usuario y 4,74 procedimientos diagnósticos por usuario. El promedio de atenciones de urgencias por usuario alcanza al 0,92 y las hospitalizaciones por usuario están en promedio en 0,16.

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Prestación de Servicios de Salud

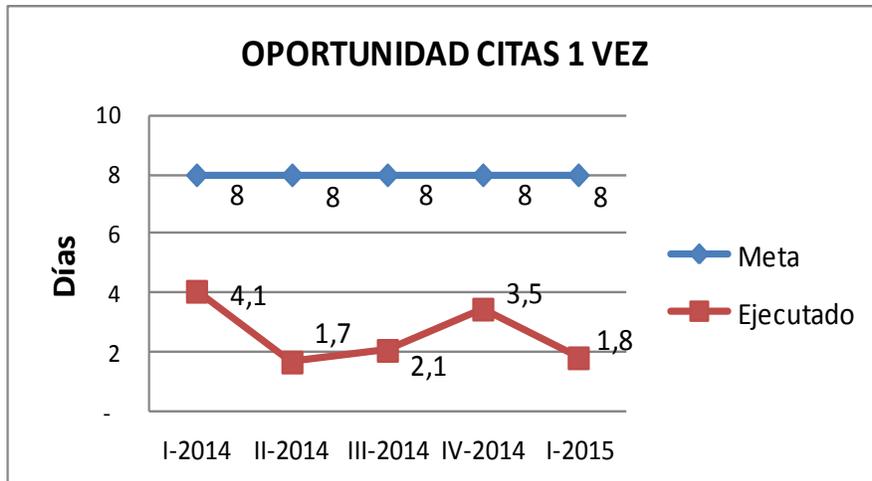
Para dar cumplimiento a este objetivo, se realizan diferentes actividades entre las que vale destacar: Visitas de auditoría a IPS: Se realizan en forma permanente en las localidades en las cuales el FPS- FCN cuenta con oficina y en forma periódica y programada en los demás municipios. Durante el II semestre de 2.014 se realizaron 1.121 visitas de auditoría de servicios de salud a nivel nacional. Comités evaluación servicios de salud: El Fondo cuenta con los Comités de Evaluación de Servicios de Salud para hacer seguimiento a la prestación de los servicios y definir planes de mejoramiento en los cuales participan activamente los representantes de usuarios y los prestadores de los servicios de salud coordinados por los médicos auditores de la Entidad. Durante el II semestre de 2014 se realizaron 99 comités de evaluación de servicios de salud a nivel nacional.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

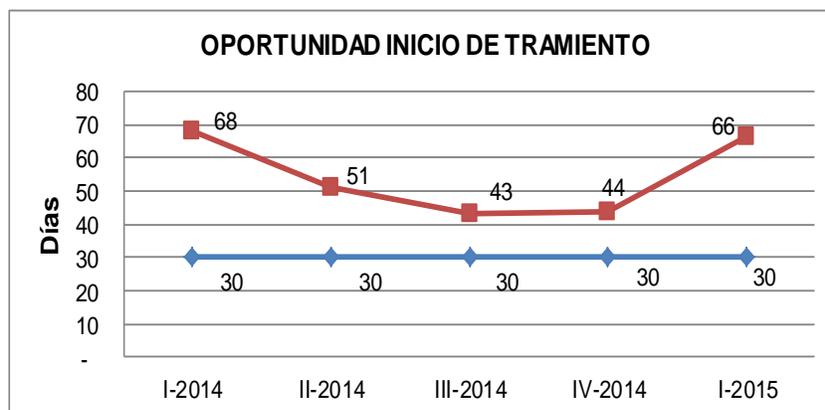
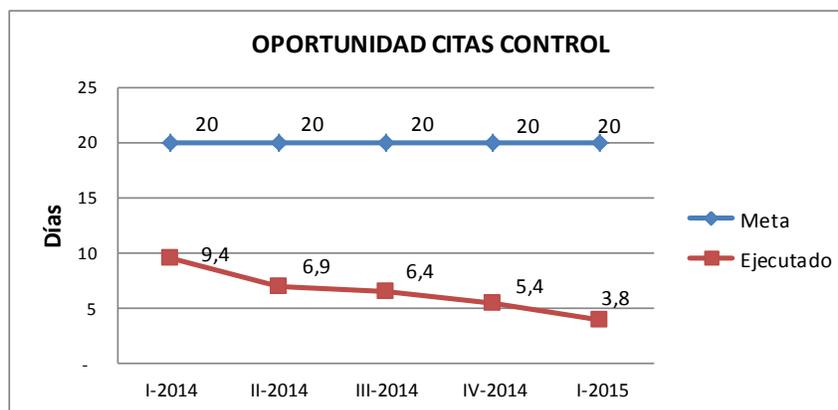
El gran número de pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología cada año, han motivado la preocupación de crear un nuevo modelo de atención que propenda por el mejor estándar de cuidado dentro del sistema de salud, en el 2014 el INC elaboró propuesta de Modelo de Atención en cáncer que describe los componentes esenciales para el tratamiento oncológico y las relaciones básicas entre los mismos, a fin de lograr una atención ordenada y orientada a resultados favorables al paciente. El modelo plantea la necesidad de una adecuada gestión de la enfermedad resulta fundamental para un manejo eficaz de las neoplasias malignas en nuestro medio, independientemente de la modalidad de atención elegida. Este concepto incluye el uso apropiado de recursos, lo que denota la necesidad de que los modelos de atención consideren aspectos administrativos que les hagan no solo operables dentro de un sistema de salud dado, sino además sostenibles en el tiempo.

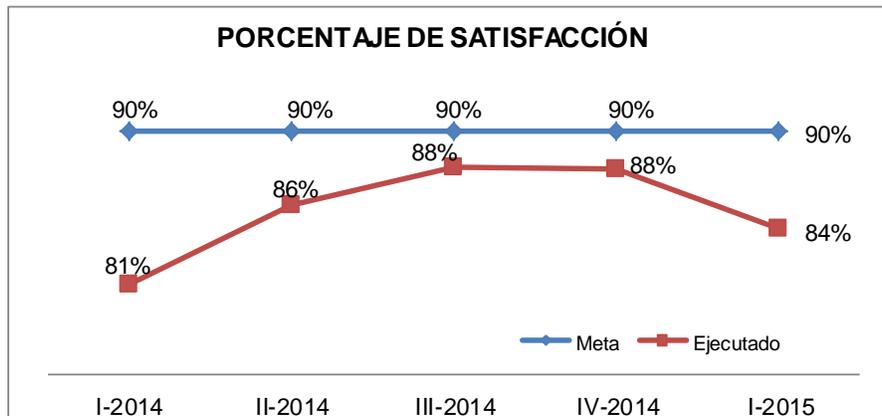
A continuación se representa gráficamente con periodicidad trimestral la oportunidad en citas de primera vez y control, inicio de tratamiento y satisfacción

Gráfico 14. Oportunidad en citas de Primera Vez Control, Inicio de Tratamiento y Satisfacción



Fuente: INC: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, Indicadores de Calidad



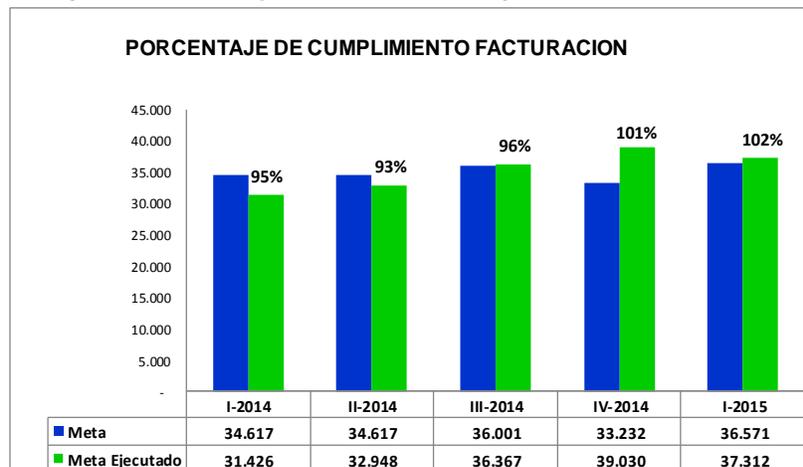


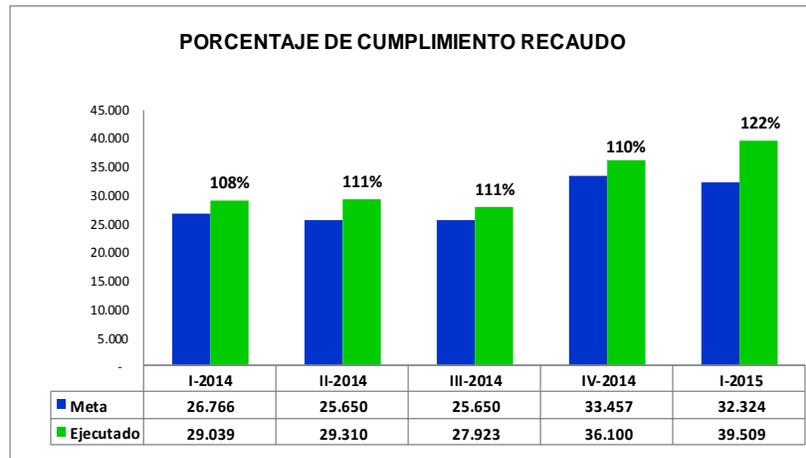
Fuente: INC. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, Indicadores de Calidad

Gestión Financiera

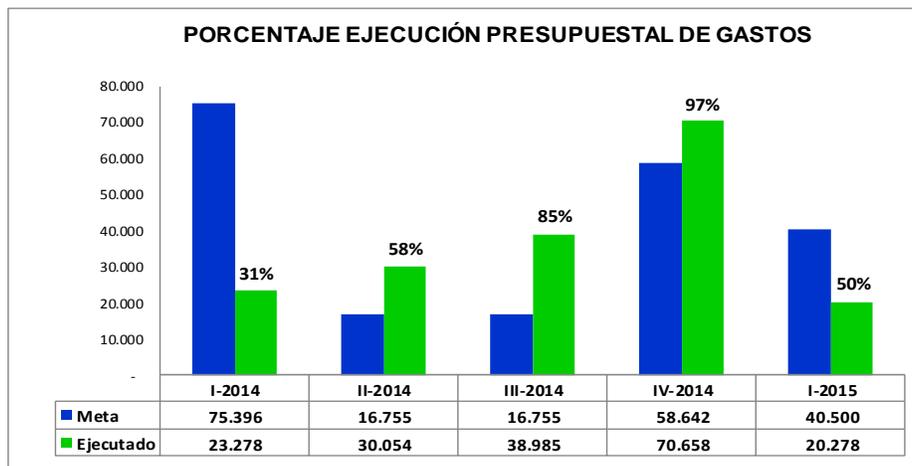
El Instituto en el periodo 2010 -2014 ha financiado la totalidad de los gastos requeridos para el cumplimiento de su objeto social, y más allá de ello, implementó una estrategia de control y austeridad del gasto público, que conjugada con su flujo de caja ha logrado obtener superávit presupuestal y de tesorería. Las acciones de control de gasto comprenden entre otras, compras electrónicas, evaluación de las necesidades reales con base en verificación de inventarios, banco de conceptos técnicos y control del incremento en los precios.

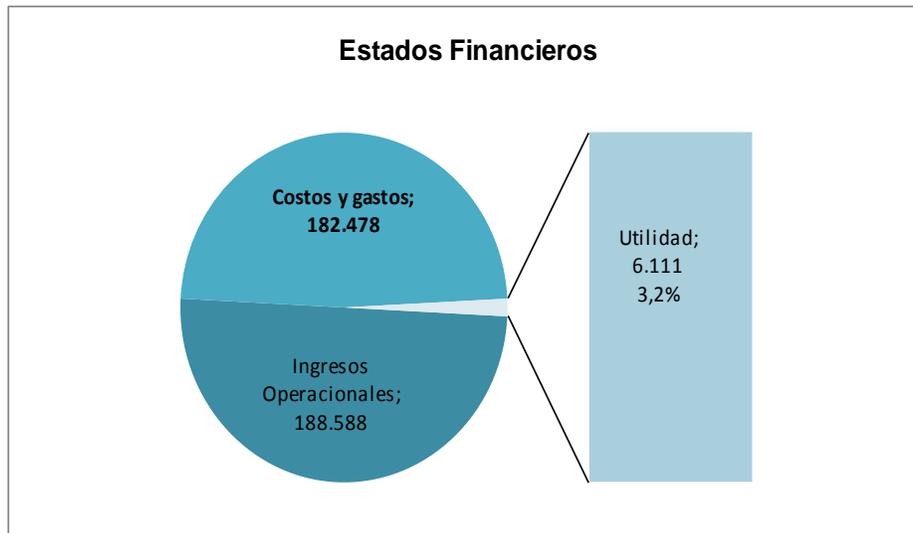
Gráfico 15. Porcentaje de Cumplimiento Facturación, Recaudo, Ejecución Presupuestal de Gastos, y Estados Financieros





Fuente: INC. Subdirección de la Gestión Administrativa y Financiera





Fuente: INC. Subdirección de la Gestión Administrativa y Financiera

Cuadro No. 41. Ejecución Recursos de Inversión

Rubro	Proyecto	Apropiación Definitiva Millones	Valor Ejecutado	Porcentaje Ejecutado
C11130610000	Construcción, dotación, ampliación y remodelación en el INC-ESE	7.992.2	6.001.2	75%
C41030610000	Mejoramiento de la investigación en el Instituto Nacional de Cancerología para aumentar el conocimiento sobre comportamiento biológico y epidemiológico de la enfermedad y para la búsqueda de Intervenciones costo-efectivas sobre la morbilidad	2.970.5	1.665.0	56%
C41030620000	Diseño e implementación por el Instituto Nacional de Cancerología de un programa en salud pública para la prevención y control del cáncer en Colombia	5.429.0	4.346.1	80%
C51030610000	Mejoramiento continuo y gestión tecnológica de las áreas de dirección, soporte y prestación de servicios especializados del INC	2.805.5	2.623.1	93%
Total		19.197.3	14.635.6	76%

4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

4.1 Sistema de Información - SISPRO

Con el fin de disponer información unificada del Sector, el Ministerio ha desarrollado acciones para el intercambio de datos entre sistemas de información y para la integración de datos de diferentes fuentes. Así mismo, ha trabajado en el fortalecimiento de los aplicativos en operación.

El Ministerio, desde 2011, avanza en el intercambio de datos entre sistemas de información, especialmente entre la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, el Registro Único de Afiliados - RUAF y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA. En este orden de ideas, los esfuerzos en este periodo han buscado controlar que los recursos de salud y pensiones vayan a la administradora donde realmente estén afiliados los cotizantes y el correcto movimiento de recursos del SGSS. Mediante la Resolución No. 2634 del 2014, se efectuó la interoperabilidad entre RUAF y PILA, frente al tema de afiliación a pensiones, lo que asegura que los pagos realizados al sistema general de pensiones lleguen a la administradora en la que está realmente afiliada la persona, de acuerdo con el registro en RUAF. De igual manera, por la Resolución 1015 de 2015, se valida la información entre BDUA y PILA, de tal forma que el aporte a salud se aplica directamente a la EPS en que está registrado el afiliado según la BDUA, y se evita la asignación del aporte a la EPS equivocada.

En 2014 se construyó y ha sido objeto de actualizaciones periódicas, la base de datos de documentos de identificación de los afiliados a la Protección Social, la cual asocia los diferentes documentos de identidad de una persona a través de un serial, con el fin de tener la correcta identificación de los afiliados. Esta información constituye la base para la integración de los diferentes sistemas de información de Salud y Protección Social. Con la aplicación de esta base de datos se solucionó alrededor del 82% de las inconsistencias en la BDUA. Dada la importancia de disponer en forma periódica y oportuna de esta información, está en construcción el modelo de datos relacional de dicha base de datos lo que garantizará en forma automatizada la correlación de los datos de identidad de los afiliados y su correcta actualización.

Para la integración de la anterior información ha sido fundamental el suministro de la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC, y se integró información del registro en línea de Nacimientos y Defunciones – ND, lo que permite un mayor control en el giro de recursos en los regímenes contributivo y subsidiado. Así mismo se contará con la información de extranjeros a partir del Convenio suscrito con Migración Colombia. En adición a lo anterior, se efectuó la consolidación histórica de los registros de afiliados a los regímenes de excepción y especial en implementación de la Resolución 5512 de 2013, con lo que se controla la posible multifiliación con esos regímenes.

El proyecto de Decreto de Afiliación, actualmente en proceso de revisión en Presidencia de la República, incluye un avance tecnológico hacia un sistema transaccional que refleje, en forma dinámica, los movimientos de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y disminuya así las inconsistencias y duplicidades por multiplicidad de novedades mensuales que no cumplan con los requisitos definidos en la reglamentación del Sector. Con este propósito, el Ministerio diseñó el modelo conceptual del Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, que permitirá al afiliado, al aportante y a las entidades territoriales, reportar directamente sus novedades a través de éste. Al Sistema se accede a través de un portal web con disposición de los datos, en lo posible, en tiempo real.

El Sistema estará integrado por 4 componentes: salud, pensiones, riesgos laborales y cajas de compensación familiar y se desarrollará en un horizonte de ejecución de 4 años. A la fecha se trabaja en el desarrollo del componente de salud, que tendrá los módulos de registro y validación de afiliados, afiliaciones, novedades (del afiliado y del aportante), traslados y movilidad, acreditación de derechos, inteligencia de negocios (Business Intelligent) y consultas y reportes para el acceso de los afiliados, a las aseguradoras, a las entidades territoriales, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a las entidades de control. Estos módulos entrarán en operación, en forma gradual, a partir de 2015, con el módulo de registro y validación de afiliados.

En la racionalización y estandarización para el uso de datos únicos en las distintas bases del Sector, el Ministerio efectúa el ajuste del conjunto de Datos Mínimos en Salud (Salud Digital), en términos de concepto, uso y estructura a ser utilizada en los sistemas de información de los diferentes actores del Sector. Esta iniciativa, en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, busca disponer, en forma única y oportuna, los datos mínimos básicos en salud del ciudadano que facilitarán el acceso, oportunidad y disponibilidad de los datos para su atención en salud, a través del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

El conjunto de Datos Mínimos en Salud es un estándar de datos seleccionados y automatizados por temática. Su construcción depende de la etapa inicial de definición de estándares y de la regulación de éstas. De esta forma, se ha avanzado en el mejoramiento de catálogos comunes de información del Sector. Entre estos avances está el proyecto de norma del catálogo común de patologías para el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, el cual se ajustó de acuerdo a los lineamientos de la OMS y la correspondencia del diagnóstico frente a la edad y sexo. Así mismo, este proyecto de norma contempla la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, en cuanto a la integración del catálogo con las normas generadas desde el año 2001. Actualmente, estos catálogos dispuestos en el portal del Ministerio, se utilizan en los procesos de validación de los aplicativos del SISPRO, así como en los procesos de validación de la información de los actores del Sistema, con lo que se logra mayor consistencia en los datos. Igualmente se trabaja en la estandarización de otras variables como las de aseguramiento, prestación de servicios, medicamentos, enfermedades huérfanas, entre otras, que son fuentes básicas de información para el Sector y que permitirán el intercambio de datos entre sistemas de información.

Dentro de este mismo proceso de racionalización y simplificación, se avanza en la identificación, estandarización y optimización de las solicitudes de datos que hace el Ministerio a los actores del Sistema. Con motivo de la Circular interna No. 19 de marzo 27 de 2014, que establece el procedimiento para solicitar información a los diferentes actores del Sistema, se construyó una herramienta automatizada que ha permitido la consolidación de 11.106 variables identificadas en 111 solicitudes diferentes de información; así mismo, las nuevas solicitudes de datos se revisan previamente y se incluyen en este catálogo. En este momento el Ministerio realiza la racionalización de la información que se solicita mediante la unificación de las solicitudes de información, la pertinencia y periodicidad de las mismas y la disposición de los datos que existen en el Ministerio a los diferentes actores, con el fin de que no se dupliquen esfuerzos en ningún nivel de la administración.

Frente a la disposición de información de nuevas fuentes, el Ministerio, a través del Sistema de Gestión de Datos –SGD o bodega de datos del SISPRO, integró 4 nuevas fuentes: Formulario Único Territorial - FUT – Reporte Departamentos, Formulario Único Territorial - FUT - Reporte Municipios, Censo de Pacientes con Enfermedades Huérfanas e Indicadores de Violencia – Forensis. Con ellas se dispone, a través de un único repositorio, la información de series históricas de 33 fuentes de información, para facilitar su análisis y la toma de decisiones. Esta información se dispone en forma estadística para los diferentes actores y se entregan los datos anonimizados para investigaciones. La información integrada se dispone a los usuarios a través de servicios de información, tales como cubos, consultas predefinidas, consultas y mapas dinámicos.

En el fortalecimiento de los aplicativos actuales se expidió la Resolución 4449 de 2014, para el reporte directo al MSPS, de datos del RIPS desde las IPS de San Andrés y Providencia, proyecto piloto con el cual se busca mejorar la cobertura, calidad y oportunidad del reporte de información de atenciones de salud; se desarrollaron y fueron puestos en producción nuevos aplicativos web que apoyan la gestión institucional: saneamiento de aportes patronales, compra de cartera, Giro directo de régimen contributivo y, talento humano en salud; se optimizaron aplicativos como el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPD, con la optimización de los tiempos de respuesta en el diligenciamiento del registro y el mejoramiento en la interacción con el usuario; así mismo en el registro en línea de Nacimientos y Defunciones, se amplió la cobertura de información de defunciones con la inclusión de las registradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

En el marco de la estrategia de Gobierno en Línea – GEL, se continuó con la automatización de trámites, como el de Solicitud de permisos transitorios para profesionales de la salud; en el tema de Seguridad de la Información, se encuentra en implementación el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información – SGSI para garantizar la protección y privacidad de los sistemas de información misionales, de apoyo, estratégicos y de evaluación que se encuentra a cargo de la entidad.

En cuanto al Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO se mantienen en operación 17 aplicativos misionales y una plataforma de transporte de

archivos a los cuales se les hace la gestión, administración, mantenimientos, y se les garantiza la disponibilidad de infraestructura tecnológica y de mesa de ayuda para su operación permanente, con la disposición de información necesaria para la gestión del Sector. A continuación se relacionan estos aplicativos.

Cuadro No. 42. Aplicativos y facilidad tecnológica del SISPRO

Aplicativo	Descripción del servicio
Registro Único de Afiliados a la Protección Social -RUAF	Base de datos con información de afiliados a salud, pensiones, pensionados, cesantías, riesgos profesionales, compensación familiar, programas de asistencia social y los datos del SISBEN, con cobertura nacional y actualización mensual.
Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social – PILA	Hace la función de ventanilla virtual única de recaudos de aportes al Sistema General de Seguridad Social. Este instrumento ha facilitado, a los ciudadanos y a las empresas, la liquidación y el pago mensual de sus aportes a salud, pensiones, riesgos profesionales y cajas de compensación a través de una sola transacción electrónica y el control a la evasión y elusión.
SISMED	Dispone información para la regulación del mercado de medicamentos en el país, con registros de precio de venta de medicamentos, registros de precio de compra de medicamentos, registros de recobro.
Sistema de Gestión de Datos - SGD	Integra en la bodega de datos las bases de datos de sistemas de información de diferentes fuentes del sector. Dispone estadísticas con actualización periódica y permanente sobre: salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo y empleo y promoción social y se apoya en los 4 ejes en los cuales se basa el Sistema de la Protección Social: aseguramiento, financiamiento, oferta de servicios y demanda y uso de servicios por la población.
Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS	Base de datos con información de atenciones de prestaciones de salud por: consultas, procedimientos, urgencias, hospitalización, medicamentos, recién nacidos, usuarios; atenciones reportadas por régimen, por EPS. Esta información está disponible para su uso desde el 2008.
Gobierno en Línea	Portal web del SISPRO, trámites y servicios electrónicos, PQR, Repositorio Institucional Digital, información al ciudadano, rendición de cuentas, entre otros. La estrategia se desarrolla de acuerdo con los lineamientos y fases establecidas por MINTIC. En la actualidad se trabaja en el cumplimiento de los requisitos definidos en el Decreto 2573 de Diciembre de 2014.
RUAF- Nacimientos y Defunciones	Registro en línea para los Certificados de Nacido Vivo y Certificado de Defunción por parte de los municipios e IPS del país, desde el año 2008.
Registro Localización y Caracterización personas con discapacidad	Registro en línea para seguir la evolución de las personas de este grupo de población y que desde el nivel municipal se pueda identificar y caracterizar socio demográficamente a las personas con discapacidad.

Fuente: Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones- Ministerio de Salud y Protección Social

4.2 Implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión

El Sistema Integrado de Gestión, está conformado por 7 subsistemas: Gestión de Calidad, Control Interno, Gestión Ambiental, Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad en la Información, Responsabilidad Social y Gestión Documental.

El Modelo Estándar de Control Interno, ha sido adoptado y actualizado por cada Entidad del sector. Con respecto del Sistema de Gestión de Calidad, en cumplimiento del principio

de mejoramiento continuo, se vienen haciendo las revisiones y actualizaciones a la documentación de los procesos y procedimientos, en el respectivo Manual de Procesos y Procedimientos aprobado. Así mismo, se vienen revisando los riesgos institucionales y de Anticorrupción y, se armonizaron los indicadores, se caracterizaron los procesos con el propósito de construir el Portafolio de Servicios de la Entidad y de obtener los insumos para el desarrollo del procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

4.3 Modelo integrado de Planeación y Gestión

Con respecto del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se han incorporando sus componentes en los diferentes instrumentos de planeación, tal como el Plan Estratégico Sectorial, Plan Estratégico Institucional y los Planes de Acción, de acuerdo con las directrices emanadas del departamento administrativo de la Función pública.

Así mismo, de acuerdo con los resultados reflejados en el Formulario Único de Reporte de Administración y Gestión – FURAG, se están haciendo los ajustes que permitan ir superando las deficiencias evidenciadas, con el propósito de mejorar los niveles de cumplimiento en futuros reportes.

Los avances se sintetizan en:

- **Gestión Misional y de Gobierno.** Se hace específico en los planes, las directrices definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, los mandatos de las Cortes, los Conpes y el accionar misional de cada Entidad.
- **Transparencia, participación y servicio al ciudadano.** Se optimizaron los trámites y servicios al interior de las Entidades, así como los procesos y procedimientos, en el marco de las políticas de Racionalización de Trámites, anticorrupción y gobierno en línea. En el marco del modelo integrado de planeación y Gestión, se gestiona la construcción, sensibilización, implementación y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. En la ejecución del Plan de Rendición de Cuentas, se realizaron audiencias públicas de rendición de cuentas a la ciudadanía.
- **Gestión del Talento Humano.** Se desarrollan acciones de capacitación y formación del talento humano. En materia de bienestar laboral, se realizaron actividades orientadas hacia el mejoramiento del Clima Organizacional, con la participación de un alto porcentaje de funcionarios.
- **Eficiencia Administrativa.** Se gestiona la mejora de los sistemas de información, así como lo relacionado con el sistema de gestión documental.
- **Gestión Financiera.** Se realizan seguimientos permanentes a la ejecución presupuestal, a fin de dar cumplimiento a la programación y compromisos adquiridos en cuanto a la eficiencia del gasto.

5. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

5.1 Gastos por eventos no incluidos en el Plan de Beneficios

Para el año 2013, teniendo en cuenta las órdenes impartidas por la Honorable Corte Constitucional mediante Auto 263 de 2012, se requirió el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las tecnologías en salud no contenidas en el plan de beneficios bajo condiciones de agilidad, oportunidad y suficiencia.

A partir del 1 de enero de 2014, entró en producción el modelo de radicación Web, que ha traído como principales beneficios: i) mayor agilidad en la presentación de las solicitudes, ii) respuesta en línea para que las entidades den respuesta ante eventuales errores en los archivos y iii) optimización de la logística para la presentación de imágenes y de soportes físicos.

Desde enero a diciembre de 2014 se resalta que el valor recobrado disminuyó 11%, respecto al comportamiento en el mismo período en el 2013, pasando de \$3.2 billones en 2013 a \$2.8 billones en 2014, mientras que la cantidad de solicitudes se incrementó 27% pasando de 5.130.015 en 2013 a 6.498.459 en 2014.

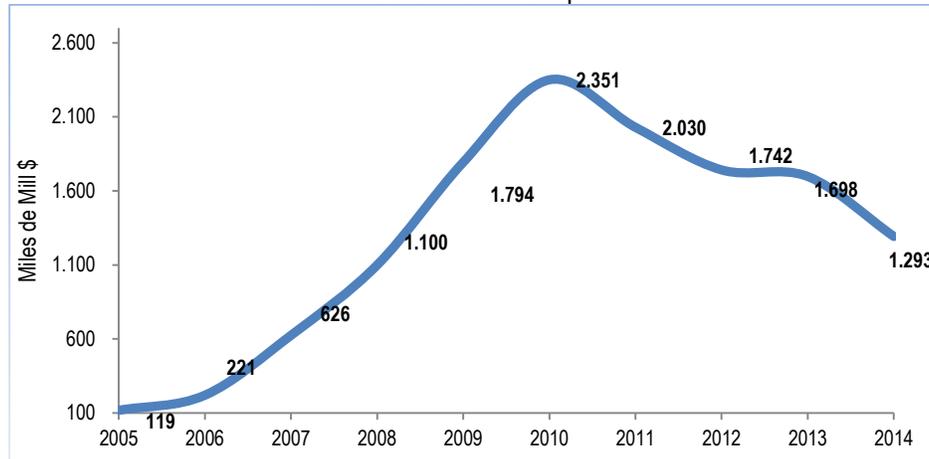
Se continuó con la estrategia de giro directo a prestadores de los recursos reconocidos a la EPS por concepto de giro directo de recobros exceptuados de la presentación de la constancia de cancelación de la factura, llegando a un monto de giro directo desde octubre de 2012 hasta mayo de 2015 de \$636.985 millones.

Como resultado de la política de regulación de precios y las demás medidas administrativas adoptadas, el Gobierno Nacional ha garantizado un mayor flujo de recursos, conservando el principio de sostenibilidad del SGSSS.

En el gráfico siguiente se observa el valor aprobado de las solicitudes de recobros presentados por el mecanismo ordinario, el cual no incluye los resultados de los mecanismos de saneamiento de cuentas.

En las vigencias 2013 y 2014, se presenta el valor aprobado sin incluir el valor de los recobros aprobados, cuya factura fue presentada por las EPS sin la constancia de cancelación. Para el año 2013, dicho valor asciende a aproximadamente \$600 mil millones y para el año 2014 corresponde a \$842 mil millones

Gráfico 16. - Comportamiento del valor aprobado – recobros, 2005 – 2014
Cifras en millones de pesos



Fuente: DAFPS.

Por otro lado, dentro del procedimiento ordinario de reconocimiento y pago de los recobros, el Ministerio con el objetivo de optimizar el flujo de los recursos y contribuir con la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptó la medida de giro previo al proceso de auditoría a partir de las solicitudes de recobros radicadas en julio de 2011. Esta medida orientada a garantizar el flujo de recursos para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha permitido que disminuya la carga financiera que las Entidades Promotoras de Salud deben asumir en la financiación de las tecnologías en salud No POS.

En el siguiente cuadro se presentan de manera consolidada los recursos girados de manera previa, tanto a las entidades recobrantes como a los proveedores de tecnologías en salud No POS e IPS, en el período julio de 2011 – mayo de 2015. En total se han girado cerca de \$5 billones, que representan el 60% del valor aprobado de las solicitudes radicadas durante ese período de tiempo.

Cuadro No. 43. Pago previo de recobros

Miles de millones \$

Descripción	Valor girado directamente a EPS (1)	Valor girado directamente a proveedores e IPS			Total pago Previo (5)= (1+4)
		Con constancia de cancelación (2)	Sin constancia de cancelación (3)	Total (4)= (2+3)	
Giros realizados entre julio 2011 – mayo 2015	2.280	1.596	1.330	2.926	5.207

Fuente: DAFPS.

Adicionalmente, se adoptaron mecanismos de saneamiento de cuentas para los recobros glosados, de acuerdo con la tipología definida, cuyos resultados se ilustran a continuación.

Cuadro No. 44. Mecanismos de saneamiento de cuentas

Mecanismo	Glosa	Miles de millones \$	
		Valor recobrado	Valor aprobado
Decreto Ley 019 de 2012-Artículo 111	Extemporaneidad	213.817	139.487
Decreto Ley 019 de 2012-Artículo 122	POS	84.351	18.862
Decreto Ley 019 de 2012-Artículo 122	POS (Divergencias Recurrentes)	103.394	44.682
Ley 1608 de 2013 Artículo 11	Administrativa	470.589	223.531
Artículo 112 Ley 1737 de 2014 *	Extemporaneidad	56.000	
Total		872.151	426.562

Fuente: DAFPS.

* El Artículo 112 habilitó reconocer y pagar hasta \$200 mil millones. A la fecha se han radicado recobros por valor de \$56 mil millones, los cuales están en proceso de auditoría integral..

Los recursos que resultaron aprobados por los mecanismos de saneamiento de cuentas antes reseñados, incluidos los de pago previo, se autorizaron de manera directa a las IPS.

5.2. Controles de precios de medicamentos, biotecnológicos y dispositivos médicos

Este Ministerio a partir de diciembre de 2010, estableció valores máximos de recobro para el reconocimiento y pago de un conjunto de medicamentos no incluidos en los planes de beneficio presentados ante el FOSYGA. Esto se ha realizado mediante diferentes resoluciones en las que se fueron incluyendo medicamentos de manera progresiva. Dichas resoluciones, se expedieron conforme a las previsiones del Decreto 4474 de 2010, con el cual se otorgaron facultades al Gobierno Nacional para establecer valores máximos para el reconocimiento y pago de medicamentos no incluidos en los planes de beneficio recobrados al FOSYGA.

En el mismo sentido, el Artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la ley 1438 de 2011, confieren a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos la potestad de regular los precios de medicamentos; en este sentido la Comisión ha expedido las circulares 04 de 2012 y las Circulares 04, 05 y 07 de 2013 y la 01 de 2014. Para los años 2013 y 2014, los precios se fijaron mediante la metodología definida por la Circular 03 de 2013 basada en referenciación internacional de precios de medicamentos en 17 países

Como consecuencia de lo anterior a partir del año 2011 hasta diciembre de 2014 se logró desacelerar el creciente gasto público de medicamentos logrando ahorros por fijación de valores máximos de cerca de \$1.6 billones.

5.3 Comportamiento de los recursos del sector salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, se financia con recursos fiscales y parafiscales. Para la vigencia 2014, estos recursos ascendieron a \$37,26 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del SGSSS de 5,24% en términos reales con respecto a la vigencia 2013, el cual se justifica fundamentalmente por el incremento de recursos de cotizaciones no compensadas prescritas del Régimen Contributivo, recaudo y amortización de compra de cartera, definidos en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 4107 de 2011; seguido de los aportes de la Nación y los recursos de las cajas de compensación familiar; luego los recursos de la Subcuenta ECAT; y las cotizaciones del Régimen Contributivo que financian dicho Régimen y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud.

En el caso de los excedentes de la Subcuenta de Solidaridad, con la unificación de los planes de beneficios, iniciando en el mes de julio de 2012, se requirió la incorporación de los recursos provenientes de los excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad acumulados al cierre de la vigencia fiscal anterior.

Al cierre del año 2013, los excedentes de la Subcuenta de Solidaridad ascendieron a \$491.929 millones, que fueron incorporados en el presupuesto del año 2014 y se utilizaron en la cofinanciación del Régimen Subsidiado y pago de deudas en el marco de la Ley 1608 de 2013.

A continuación se detallan las fuentes que financian el sector para las vigencias 2013 y 2014, así:

Cuadro No. 45. Fuentes de recursos del SGSSS, 2013-2014

(Millones de pesos de 2014 y porcentajes)

Fuentes	2013	2014	Part. %
Cotizaciones	18.093.897	20.217.428	54,26
Otros Ingresos Incluye Rendimientos Financieros	459.598	376.179	1,01
Cajas de Compensación Familiar	559.629	648.080	1,74
Sistema General de Participaciones	6.640.169	6.662.220	17,88
Rentas Cedidas y recursos territoriales (Ley 1393 de 2010)	1.489.684	1.431.359	3,84
Subcuenta ECAT (SOAT) - FOSYGA	975.158	1.086.152	2,91
Subcuenta de Garantías para la Salud (Ley 1438 de 2011)	134.756	744.540	2,00
Excedentes Financieros FOSYGA	3.933.292	2.402.469	6,45
Regalías	242.624	116.731	0,31
Otros Recursos Territoriales – Régimen Subsidiado	89.024	88.459	0,24
Recursos de la Nación (Ley 1393 de 2010)	821.415	805.000	2,16
Aportes de la Nación Sub. Solidaridad FOSYGA - Incluida	1.799.821	2.682.620	7,20
Compensación de Regalías			
Total fuentes	35.239.065	37.261.236	100,00

Fuente: Elaboración Dirección de Financiamiento Sectorial – Ministerio de Salud y Protección Social con base en Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT.

Frente al uso de estos recursos, su destinación es principalmente a la financiación de los Regímenes Contributivo con un 42,33% seguido del Régimen Subsidiado con el 37,96%. Así mismo y en menor proporción se destinan al pago de recobros por medicamentos NO POS (6,32%), la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (5,24%), la salud pública y los programas de prevención y promoción (2,88%), como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 46. Usos del SGSSS, 2013-2014

(Millones de pesos de 2014 y porcentajes)

Usos	2013	2014	Part. %
Régimen subsidiado	13.697.893	14.107.417	37,96
Régimen contributivo	14.265.814	15.729.785	42,33
Prestación de servicios población pobre no asegurada	1.210.326	1.948.529	5,24
Salud pública y promoción y prevención	1.312.749	1.069.712	2,88
Recobros por medicamentos no POS y fallos de tutela 1/	1.914.459	2.347.520	6,32
Reconocimiento prestaciones de servicios no contenidos en el plan de beneficio - art 111 y 122 del decreto Ley 19 de 2012.	832.573	107.488	0,29
Cobertura ECAT	215.044	1.086.152	2,92
Otros usos en salud 2/	189.204	11.491	0,03
Subcuenta de Garantía para la salud 3/	303.269	744.540	2,00
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	224.094	8.268	0,02
Total recursos según usos	34.165.425	37.160.903	100,00

Notas:

1/ O de servicios no contenidos en el plan de beneficios (artículos 111 y 122 del Decreto Ley 19 de 2012).

2/ Comprende los recursos de distintas fuentes destinados a COLCIENCIAS para proyectos de investigación, a los entes territoriales para infraestructura e interventoría y para actividades de promoción y prevención.

3/ Creada mediante el Decreto 4107 de 2011 (artículo 41), para apoyar entidades en situación de iliquidez, mediante de la Ley 1608 de 2013 y Resolución 3239 de 2013 se establecen las condiciones para la compra de cartera directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuente:

Elaboración Dirección de Financiamiento Sectorial – Ministerio de Salud y Protección Social con base en Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT

Para el año 2014, se ejecutaron \$37,16 billones de los recursos del SGSSS, lo que representó un incremento de 9,31% en términos reales con respecto a la vigencia del 2013. No obstante, en términos de crecimiento por Régimen entre el 2012 y 2013, el Contributivo presentó un crecimiento de 10,26% frente a 2,99% del Régimen Subsidiado.

5.3.1. Sistema General de Participaciones

De acuerdo con la distribución de los documentos CONPES 169 de 2013 y 171 y 175 de 2014, para la vigencia 2014 se tuvo una distribución de \$6,66 billones, y 177 de 2014 y 179 de 2015, para 2015 de \$7,02 billones, como se muestra a continuación:

Cuadro No. 47. Sistema General de Participaciones 2014

(Millones de pesos)

Sistema General De Participaciones Demanda	4.635.753
Sistema General De Participaciones Oferta	1.630.245

Sistema General De Participaciones Salud Pública	666.222
Total asignado	\$6.662.220

Fuente: CONPES 169 de 2013 y 171 y 175 de 2014

Cuadro No. 48. Sistema General de Participaciones 2015

(Millones de pesos)

Sistema General De Participaciones Demanda	5.541.563
Sistema General De Participaciones Oferta	778.081
Sistema General De Participaciones Salud Pública	702.183
Total asignado	\$7.021.827

Fuente: CONPES 177 de 2014 y 179 de 2015

Es importante precisar que el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 estableció que para vigencia 2015 se realizaría la transformación del Sistema General de Participaciones –SGP– incrementando los recursos destinados al aseguramiento a través del régimen subsidiado.

En este contexto, dicha transformación del SGP presenta la siguiente distribución: 80% para la financiación del Régimen Subsidiado, 10% para las acciones de Salud Pública y 10 % para oferta

5.3.2. Resultado Régimen Subsidiado

Para el año 2014 los reconocimientos de UPC ascendieron a \$13,08 billones correspondiente a 22,5 millones de afiliados, costo que para el 2015 se estima en \$14,39 billones para una población de 23,16 millones de afiliados.

Dada la unificación de los planes de beneficios establecida en el Acuerdo 32 de 2012, el Ministerio, en el modelo unificado para analizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento en salud, consideró la implementación de la igualación de primas de forma progresiva en un término máximo de 3 años iniciando en el año 2013.

A partir de la vigencia 2015, se dio la implementación de la prueba piloto de igualación de prima pura de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado al contributivo en la ciudades de Bogotá D.C., Medellín, Santiago de Cali y el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, por un periodo inicial de dos años, de manera que se tenga mayor certeza del impacto de la igualación total de las primas, al momento de extenderlo al total de país.

Sin embargo, la implementación gradual de la igualación de primas a partir de 2013 incrementó el costo de manera importante para el Régimen Subsidiado, el cual se ha venido asumiendo con las fuentes de financiación que se mencionaron antes.

Para el año 2015 se tiene previsto invertir la totalidad de los excedentes del FOSYGA acumulados en vigencias anteriores (Subcuentas de Solidaridad y ECAT) y para las vigencias siguientes se requerirán mayores aportes de la Nación, con el propósito de

garantizar el aseguramiento. Así como el punto adicional del CREE autorizado en la Ley 1607 de 2012, que asciende a 580.000 millones para 2015.

5.3.3. Resultado Régimen Contributivo

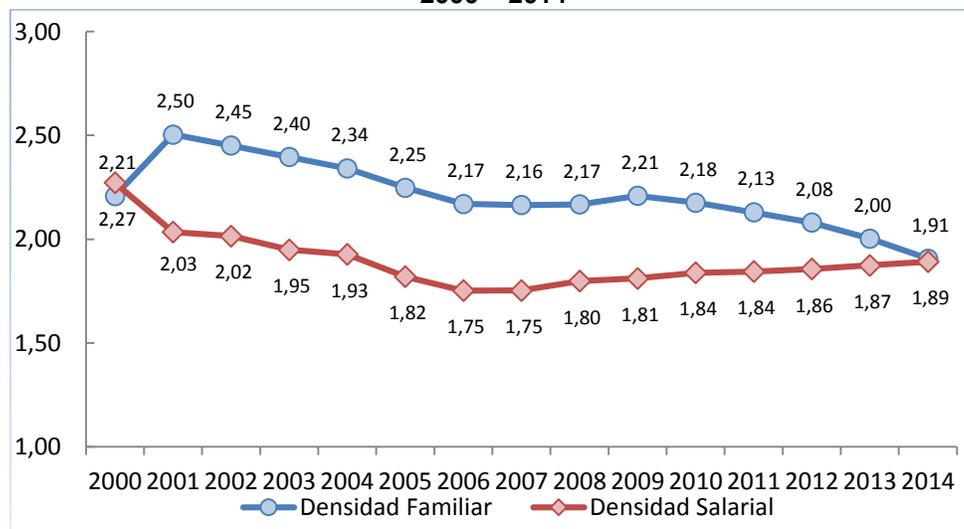
Para el año 2014 el balance corriente de la Subcuenta de Compensación que se establece a partir de las variables resultantes de la ejecución del proceso de Giro y Compensación, fue superavitario en \$1,5 billones.

Este balance positivo es el resultado de la dinámica del crecimiento económico (4,6%), el descenso en la tasa de desempleo (9,1%, inferior en 0,5 puntos porcentuales, con respecto al año anterior) y el mejoramiento en la calidad del ingreso que se refleja en el crecimiento del Ingreso Base de Cotización (8,32% en términos reales, respecto al año anterior) por encima del crecimiento del salario mínimo.

Lo anterior se ve reflejado en una disminución de la Densidad Familiar (al cierre de 2014 se ubicó en 1,91, inferior en 4,80% respecto al año inmediatamente anterior) y el comportamiento creciente de la Densidad Salarial (1,89, superior en 0,96% al año inmediatamente anterior), variables que en conjunto permiten sostener el superávit corriente de la subcuenta de compensación.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, en el periodo 2009-2014, la densidad salarial viene aumentando, mientras que la densidad familiar ha tenido un comportamiento descendente; estos indicadores demuestran claramente la tendencia sostenida durante los últimos cuatro años en el mejoramiento de los indicadores mencionados.

Gráfico 17. - Evolución índice de densidad familiar (DF) y densidad salarial (DS) 2000 – 2014



Fuente: Base de Datos Compensación, FOSYGA

Incapacidades por enfermedad general

A partir del mes de enero de 2014, la provisión para el pago de incapacidades por enfermedad general se incrementó al 0,29% (superior en 2 puntos básicos respecto al 2013) del ingreso base de cotización debido al impacto que generó el Decreto 2943 de 2013 “por el cual se modificó el parágrafo 1° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999”, en cuanto al cambio de 3 a 2 días de pago de incapacidades por parte del empleador. En este sentido, la provisión por pago de incapacidades para 2014 alcanzó \$448,93 millones, superior en 20,6% al monto registrado en el mismo periodo de 2013.

Para 2015, de acuerdo al comportamiento del pago de incapacidades evidenciado durante 2014, el porcentaje que financia el fondo de incapacidades se incrementó en 1 punto básico, ubicándose en 0,30% del ingreso base de cotización. En lo corrido de 2015, al cierre de mayo, la provisión de recursos por dicho concepto alcanzó \$200,23 mil millones, superior en \$50.465 millones (33,7%) con respecto a la cifra observada en el mismo periodo de 2014.

5.4 Mejoramiento del flujo de recursos

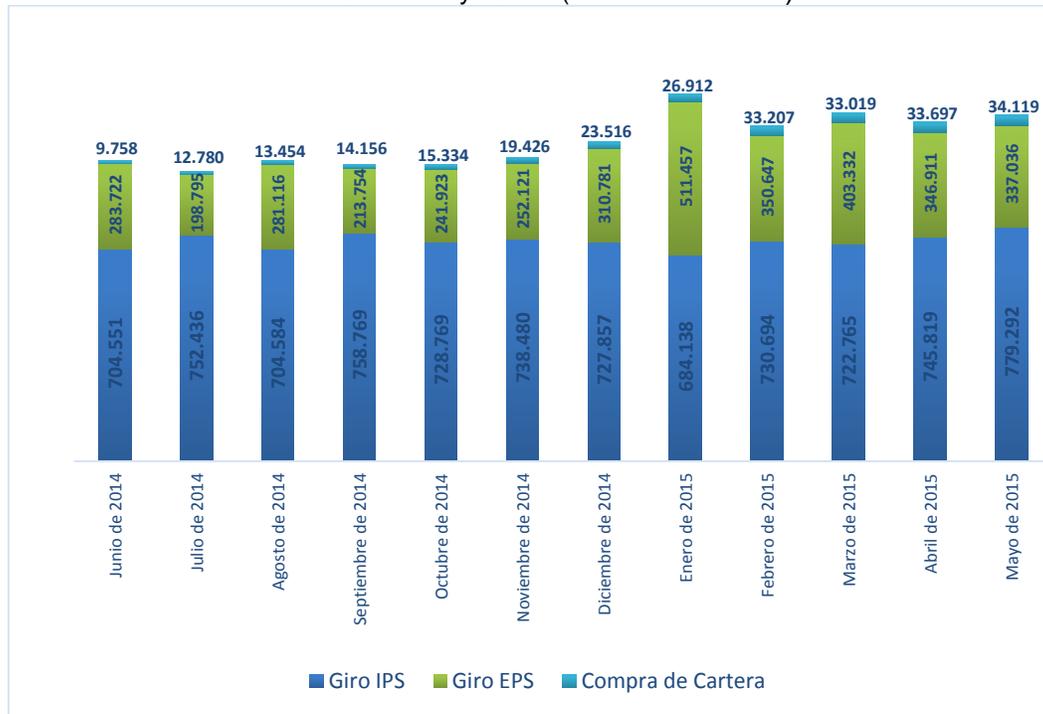
Giro Directo – Régimen Subsidiado

En aplicación de la medida de Giro Directo, en desarrollo de los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 971 de 2011 (y sus modificatorios) y de las Resoluciones 2320 y 4182 de 2011, se determinaron las condiciones y criterios para realizar el Giro Directo a las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Sociales del Estado ESE e IPS privadas. Desde abril de 2011 los recursos del Régimen Subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de Aportes del Presupuesto General de la Nación, Recursos Transferidos por Coljugos (Desde Octubre de 2013) son girados directamente a las EPS e IPS, en nombre de las Entidades Territoriales y corresponden a la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del Régimen Subsidiado, soportada por la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

En la actualidad el Giro Directo desde la Nación se realiza dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, a través del Mecanismo Único de Recaudo y Giro de los Recursos del Régimen Subsidiado, que concentra las fuentes de financiación disponibles en el nivel central y se giran en una sola transacción.

Mediante dicha medida entre junio de 2014 y mayo de 2015 se han girado \$12,5 billones, de los cuales el 70,17% se han girado a las IPS. En total desde la aplicación de la medida desde abril de 2011 se han girado \$39,62 billones de pesos de los cuales 63,42% han sido para la red prestadora.

Gráfico 18. Evolución Giro Directo IPS y EPS
Junio 2014 - Mayo 2015 (Millones de Pesos)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, se precisa que en el marco de la Compra Directa de Cartera con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, se han descontado a las EPS del Régimen Subsidiado por las compras realizadas \$269.377 millones de pesos, correspondiente al 2.11% de los recursos girados directamente a las IPS.

Del total de los recursos girados a IPS (\$8,77 billones), el 49,05% se giró a las IPS privadas, seguido de un 48,71% a las IPS públicas y un 2,24% a IPS de carácter mixto.

Cuadro No. 49. - Giro Directo IPS

(Millones de pesos)

MES	PRIVADA	PUBLICA	MIXTA	TOTAL
JUNIO DE 2014	338.346	351.587	14.618	704.551
JULIO DE 2014	362.394	372.730	17.312	752.436
AGOSTO DE 2014	339.788	348.577	16.219	704.584
SEPTIEMBRE 2014	363.330	377.904	17.351	758.586
OCTUBRE 2014	347.562	360.390	20.816	728.769
NOVIEMBRE 2014	366.904	355.460	16.117	738.480
DICIEMBRE 2014	364.431	349.703	13.723	727.857
ENERO 2015	337.954	333.343	12.841	684.138
FEBRERO 2015	358.507	356.153	16.034	730.694
MARZO DE 2015	370.554	332.445	19.766	722.765
ABRIL DE 2015	361.032	369.528	15.259	745.819
MAYO DE 2015	394.382	368.216	16.694	779.292

TOTAL	4.305.183	4.276.037	196.750	8.777.970
%	49,05%	48,71%	2,24%	100,00%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Giro Directo – Régimen Contributivo

El artículo 10° de la Ley 1608 de 2013, estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

Como consecuencia a esta disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2464 de 2013, donde se define el procedimiento para el giro directo de estas EPS en medidas de intervención. Posteriormente, las Resoluciones 654 y 1569 de 2014, establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS potencialmente beneficiarias.

Como resultado de la aplicación de la reglamentación, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir del mes de junio de 2014 con las EPS CAFESALUD, CRUZ BLANCA y SALUDCOOP. El valor total girado con fecha de corte a 31 de mayo de 2015, es de \$2.145.440 millones de pesos. Con esta medida se han beneficiado 3.355 IPS a nivel nacional. A continuación se presenta un resumen del valor total girado por EPS:

Cuadro No. 50. - Giros Vigencia 2015

(Cifras en Millones de Pesos)

80% UPC NETA VIGENCIA 2015 - PROCESO DE COMPENSACION	
CAFESALUD	174.908
CRUZ BLANCA	81.553
SALUDCOOP	689.739
TOTAL	946.200

Fuente: MSPS –DAPS – Fecha de Corte a 30 de Mayo de 2015

Cuadro No. 51. - Giros Vigencia 2014

(Cifras en Millones de Pesos)

80% UPC NETA VIGENCIA 2014 - PROCESO DE COMPENSACION	
CAFESALUD	158.508
CRUZ BLANCA	121.938
SALUDCOOP	918.794
TOTAL	1.199.240

Fuente: MSPS -DAPS

5.5 Saneamiento y compra de cartera

5.5.1. Plan de Aplicación y Ejecución de los Excedentes de las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado

La ley 1608 de 2013 “Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud”, tiene como objetivos posibilitar el uso de recursos del sector disponibles en los componentes de salud más necesarios, brindar liquidez a la red prestadora de servicios de salud, en particular a la red pública y contribuir al saneamiento de deudas (Municipio- Entidad territorial y EPS- Prestador).

De conformidad con los usos establecidos en el artículo 2° y la obligación de las Entidades Territoriales de reportar los planes de aplicación y ejecución de los recursos establecida en el artículo 12° de la Ley 1608 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió las Resoluciones 292 de 2013, 2472 de 2014. En dichas resoluciones se establecieron los términos y condiciones para el reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado.

En desarrollo de este Acto Administrativo, 1.030 Entidades Territoriales reportaron la información correspondiente al Plan de Aplicación de recursos de excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado, evidenciándose que los Municipios tenían excedentes al 31 de diciembre de 2013 en las cuentas maestras que podían ser utilizados según la ley, que ascienden a \$1,45 billones.

La información consistente relacionada con el uso de los excedentes de las cuentas maestras en el marco de los componentes autorizados por el artículo 2° de la Ley 1608 de 2013, es la siguiente:

Cuadro No. 52- Ejecución Excedentes de Cuenta Maestra RS – Artículo 2 Ley 1608 de 2013

(Millones de pesos)

USOS	PLAN DE APLICACIÓN 2014	PORCENTAJE
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	\$68.901	4,73%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	\$261.258	17.94%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de empresas sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	\$427.687	29.36%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	\$698.733	47.97%

Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud.	-	0%
TOTAL	\$1.456.580	100,00%

Fuente: Entidades Territoriales - Anexos 1 y 2 de la Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2013. Corte 31 de Diciembre de 2014

Así mismo, en el marco del artículo 2° de la Ley 1608 de 2013, las Entidades Territoriales debían reportar al 31 de diciembre de 2014 la información sobre la ejecución de los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado. La información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social, evidenció que la ejecución de excedentes en las cuentas maestras del Régimen Subsidiado que ascienden a \$579.708 millones.

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre los planes de aplicación y ejecución de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado:

Cuadro No. 53- - Ejecución Excedentes de Cuenta Maestra RS – Artículo 2 Ley 1608 de 2013
(Millones de pesos)

USOS	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014	PORCENTAJE EJECUCIÓN
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	\$68.901	\$53.813	78.10%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	\$261.258	\$226.098	86.54%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de empresas sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	\$427.687	\$184.493	43.14%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	\$698.733	\$115.303	16.50%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud.	-	-	0,00%
TOTAL	\$1.456.580	\$579.708	39.80%

Fuente: Entidades Territoriales - Anexos 1 y 2 de la Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2013. Corte 31 de Diciembre de 2014

Finalmente es importante resaltar que la responsabilidad en la ejecución de estos recursos es enteramente de las Entidades Territoriales quienes tienen los mecanismos para la ejecución.

5.2.2. Uso recursos de Aportes Patronales – Excedentes Cajanal

Con relación al numeral 2° del artículo 3° de la Ley 1608 de 2013, el 28 de mayo fue expedido el Decreto 1095 de 2013, en el cual se reglamenta dicho numeral, estableciendo

a este Ministerio como el competente en la distribución de los recursos provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, de conformidad con las reglas previstas en la ley.

En desarrollo del mencionado Decreto, este Ministerio expidió la Resolución 3243 del 26 de agosto de 2013, en la cual se establecen los montos distribuidos a cada entidad departamental y distrital, así como el procedimiento de reporte de información para el giro a los prestadores de servicios de salud. De conformidad con los criterios de distribución definidos en el mencionado artículo, a saber: a) 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país; y, b) 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49° de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

El monto final de los excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS asciende a \$70.548 millones, monto que incluye los activos remanentes y los rendimientos financieros causados hasta la fecha de giro al mecanismo de recaudo y giro creado por el artículo 31° de la Ley 1438 de 2011, los cuales se están girando de acuerdo con las necesidades de las Entidades Territoriales.

Finalmente, con corte a 31 de mayo de 2015 y de conformidad con las solicitudes efectuadas por la Entidades Territoriales se han girado 47.337 millones, correspondientes al 67.1% de los recursos asignados en la resolución

5.5.3. Uso de Excedentes de Rentas Cedidas

En el marco del artículo 4° de la Ley 1608 de 2013, se establece que los departamentos y distritos que tengan excedentes de rentas cedidas de las vigencias 2012 y 2013, podrán destinarlos en: a) fortalecimiento de la infraestructura; b) la renovación tecnológica; c) el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado; y d) el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud.

El artículo en mención señala que los departamentos y distritos que prevean destinar dichos recursos para los usos previsto, solo podrán destinarlos siempre y cuando la financiación de la *“(...) atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 (...)”*

En este contexto, para la vigencia 2014 los departamentos y distritos, no podían dar aplicación al mencionado artículo. Sin embargo en el presente informe se relaciona la información del año 2013:

El Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 292 de 2013, requirió a las Entidades Territoriales reportar la ejecución de los excedentes de rentas cedidas, de la

información consistente reportada por las Entidades Territoriales, se evidencia la ejecución excedentes de rentas cedidas para los usos previstos por la ley, por valor de \$27.496 millones, con corte al 31 de diciembre de 2013.

Cuadro No. 54- Ejecución Excedentes Rentas Cedidas por Departamento –Artículo 4 de la Ley 1608 de 2013 (Millones de pesos)

Usos	Valor	Porcentaje
Recursos para el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado en Salud en el marco del procedimiento establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.	-	0,0%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	4.618	16,8%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	12.370	45,0%
Recursos para la inversión en la renovación tecnológica de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	10.508	38,2%
TOTAL	27.496	100,0%

Fuente: Entidades territoriales. Anexos 6 de la Resolución 292 de 2013

5.5.4. Proceso de Saneamiento y Aclaración de Cuentas en el Sector.

5.5.4.1. Deudas por Contratos de Aseguramiento del Régimen Subsidiado.

El artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, estableció que el caso en que las entidades territoriales adeuden los recursos del régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud por contratos realizados hasta marzo 31 de 2011, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del sistema y garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por Sistema General de Participaciones de Propósito General de Libre de Inversión, Regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional.

El Decreto 1080 de 2012 reglamentó dicho procedimiento y estableció entre otras, que las entidades territoriales debían determinar las deudas por contratos de aseguramiento que fueron suscritos hasta el 31 de marzo de 2011 y enviar la información correspondiente a las Entidades Promotoras de Salud con quienes suscribieron los contratos.

Así mismo, debían remitir al Ministerio de Salud y Protección Social la información de las deudas reconocidos y no pagadas con los recursos disponibles en las cuentas maestras de los municipios. De igual forma se exigió que los municipios que manifestaran no tener deudas, enviaran el reporte informando tal situación.

En respuesta a los procedimientos y requerimientos de información determinados a través de la Resolución 1302 de 2012, las entidades territoriales y las EPS remitieron la información de las deudas reconocidas por contratos de aseguramiento, así como las deudas que no fueron posibles de pagar con los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado.

A continuación se presenta el resumen de la información recibida por parte de las entidades territoriales y EPS, en el marco del Decreto 1080 de 2012:

Cuadro No. 55- Información recibida por las Entidades Territoriales y EPS
(Millones de pesos)

Información Reportada por la EPS		Valor Deudas Reconocidas no pagadas		
Deuda Reconocida Entidad Territorial	Valor deudas pagadas Cuenta Maestra	Reportado por Entidad Territorial	Reportado por EPS	Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)
530.609	105.775	359.698	424.829	320.847

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Información EPS y Entidades Territoriales. Resolución 1302 de 2012.

De otra parte, el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013 autorizó al Ministerio de Salud y Protección para disponer por una sola vez de recursos del FOSYGA hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000) para que las entidades territoriales del orden municipal categoría 4, 5 y 6 puedan atender las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Así mismo determinó que los recursos asignados deben ser restituidos en un plazo máximo de diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. En este contexto, el Ministerio ha realizado la asignación de \$110.719 millones a 206 entidades territoriales.

Con corte al 30 de mayo de 2015, se tienen el siguiente estado de las deudas:

Cuadro No. 56- Estado de deudas a mayo de 2015
(Millones de pesos)

Deuda Reconocida No Pagada*	Recursos de Asignación FOSYGA	Desahorro Del FAEP	Recursos del SGP libre inversión 2013-2014	Pagos con recursos de Regalías	Recursos del Lotto en Línea 2014-2015	Deuda pendiente de Pago
292.056	115.030	41.355	37.546	70	10.793	87.262

Fuente: Dirección de Financiamiento Sectorial. Ministerio de Salud y Protección Social.

*Las entidades territoriales han informado un valor pagado de la deuda por un monto de \$28.791 millones.

En el marco del ejercicio de la determinación de la deuda y los pagos de las mismas, este Ministerio ha remitido a los organismos de control la información de las deudas reconocidas en el marco de dicho Decreto. Se precisa que los contratos del Régimen Subsidiado, tenían

disponibilidades presupuestales al momento de su suscripción y en consecuencia es necesario que los organismos de control revisen la situación respecto a los recursos del Sistema de Salud.

Se precisa que la información de este procedimiento fue remitido a la Contraloría General de la República y Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto que adelanten las intervenciones a que haya lugar en el marco de sus competencias.

Finalmente, se precisa que los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público expidieron el Decreto 058 de 2015, mediante el cual se permitió a las Entidades Territoriales que dejaron de reportar la información de las deudas tuvieron otra oportunidad para actualizar la información y acceder a los recursos previstos en la Ley para el saneamiento.

5.5.4.2. Aclaración de cuentas del Sector

En consideración a la problemática de la información de la cartera del sector salud y con el objetivo de dar continuidad a las acciones aclaración de cartera y compromisos de pago iniciadas en la Procuraduría General de la Nación en mayo de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social en compañía de la Superintendencia Nacional de Salud expidieron la Circular Conjunta 030 de 2013, la cual establece el procedimiento de saneamiento de aclaración de cuentas del sector.

En el marco de lo anterior, las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, informan a este Ministerio mediante la plataforma dispuesta para este fin, las facturas pendientes de pago y las cuentas por cobrar, por atenciones incluidas en el Plan de beneficios a la población de los Regímenes subsidiado y contributivo, las atenciones a la población pobre no asegurada y los recobros por atenciones no incluidas en el Plan de beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado.

La Circular establece las responsabilidades de los actores en el procedimiento de aclaración de cuentas, en este sentido el Ministerio debe disponer de las herramientas tecnológicas y entregar los resultados de cruce de información. Por su parte las Entidades Territoriales de orden departamental y distrital, deben trimestralmente organizar las mesas de saneamiento.

Los resultados de esta Circular Conjunta, servirán como mecanismo en la depuración de las deudas del sector y apoyará las acciones adelantadas por el Gobierno Nacional para el saneamiento de deudas y la garantía de la sostenibilidad del SGSSS.

Al analizar la información de coincidencias de las facturas, se encuentra una diferencia entre los actores cercana a los \$2.3 billones, lo que evidencia la necesidad de un esfuerzo de los responsables de pago y los prestadores de servicios de salud de ajustar sus estados financieros para llegar a la cifra real de cartera del sector.

Por otro lado, al comprar la información de las facturas que los prestadores de servicios de salud reportan como no pagadas con las facturas reportadas como pagadas por la medida de giro directo, se evidencia que \$1.458.829 millones no han sido descargados de los estados financieros de los prestadores, según reporte con corte al 31 de marzo de 2015.

5.5.4.3. Compra de Cartera

Es el mecanismo diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado o las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que administren este último régimen.

La operación de la compra de cartera se financia con recursos de la subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y el pago de la operación es realizado por las EPS y/o Cajas de Compensación que adeudan los recursos a las IPS.

Al corte de abril de 2015 se han aprobado 1047 operaciones de compra de cartera por \$1 billón 155 mil millones de pesos, en las que se han beneficiado 334 IPS y 24 EPS de los Regímenes contributivo y subsidiado.

Las facturas que hacen parte de estas operaciones, no incluyen cartera corriente. De acuerdo con lo anterior, sobre los datos de la edad y fecha en la que se originó la cartera, se informa que de acuerdo a lo observado y reportado en los formularios de Solicitud y Formalización de compra de cartera, se tienen facturas desde el año 2004 hasta el presente año.

A continuación se presentan el detalle de las operaciones de compra de cartera realizadas desde que inició la medida en noviembre de 2013 hasta abril de 2015.

Cuadro No. 57- Estado de Operaciones aprobadas por Régimen

(Millones de pesos)

Régimen	Valor de Compra de Cartera	% Participación
Contributivo	635.270	55,0%
Subsidiado	520.070	45,0%
Total	1.155.339	100,0%

Cuadro No. 58- Operaciones aprobadas por tipo de IPS beneficiada con compra de cartera

(Millones de pesos)

Tipo Entidad	Valor de Compra de Cartera	% Participación
Mixta	83.508	7,2%
Privada	625.043	54,1%
Pública	446.788	38,7%
Total	1.155.339	100,0%

5.5.4.4 Saneamiento de Aportes Patronales

Con el propósito de adelantar el saneamiento de aportes patronales girados con el situado fiscal antes del 2001 y los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP – del 2001 y el 2011, la Ley 1438 de 2011 estableció en el artículo 85 que las Administradoras, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para Salud, las Direcciones Territoriales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud Pública (IPS) y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

El Ministerio ha realizado el seguimiento al proceso de saneamiento de los aportes patronales de los que se refiere el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 y tramitado las siguientes normas con el propósito de direccionar y ajustar los procedimientos para darle cumplimiento a la mencionada norma.

Mediante las Leyes 1687 de 2013 y 1737 de 2014 se ha viabilizado la continuidad del proceso de saneamiento que beneficiará fundamentalmente a los trabajadores de los hospitales públicos del país y al saneamiento de las mismas instituciones.

5.6 Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación de la UPC

Durante el cuatrienio en la financiación de la unificación del POS se fijó la respectiva Unidad de pago por capitación cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2562 de 2012, artículo 2º, parágrafo y su remisión al parágrafo 3º del artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, ya que las decisiones referidas al Régimen Contributivo consultaron el equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo y las relacionadas con el Régimen Subsidiado se tomaron previa salvedad de su compatibilidad con el Marco Fiscal del Mediano Plazo.

Con la Ley 1751 de 2015, la regulación seguirá preservando los recursos del sistema mediante la adopción de políticas indispensable para la financiación sostenible del mismo, máxime cuando en la fijación de la UPC para la vigencia 2015 se consideraron los postulados del proyecto que hacía su curso para convertirse en la nueva ley estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

Avances:

1. Garantía de cobertura a población afiliada al SGSSS con condición insular, por zona alejada del territorio continental: Resolución 1952 de 14 *"Por la cual se reconoce una prima adicional por zona alejada del continente al valor de la Unidad de Pago por*

capitación (UPC) para el año 2014 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y se dictan otras disposiciones"

2. Garantía de cobertura a población privada de la libertad a cargo del INPEC: Resolución 2739 de 14 "Por la cual se adopta el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2014 para la población reclusa a cargo del INPEC y se dictan otras disposiciones"

3. Garantía de cobertura de actividades diferenciales en el marco de la gestión del riesgo en salud para pueblos indígenas de Colombia: Resolución 5729 de 14 "Por la cual se fija la Unidad de Pago por Capitación diferencial Indígena, del Régimen Subsidiado para el año 2014 a reconocer a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y se dictan otras disposiciones"

4. Garantía de cobertura del POS que las EPS deben brindar a sus afiliados de ambos regímenes, con cargo a la UPC: Resolución 5925 de 2014 "*Por la cual se fija la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones*", integrando en un solo cuerpo normativo las decisiones de regulación relacionadas con la Unidad de Pago por Capitación para la cobertura de la población en general, con las primas especiales y diferenciales vigentes en 2014 e incrementadas para 2015, según las características especiales y connotaciones que les hacen objeto de tratamiento protección especial o reconocimiento de mayores recursos.

- **Senda de igualación de la UPC:**

Teniendo en cuenta que la implementación de las pruebas piloto de igualación de primas puras del régimen subsidiado al contributivo de la cual trata la Resolución 5968 de 31 de diciembre de 2014, tiene el propósito de analizar el comportamiento de la prestación de servicios de salud a los afiliados del régimen subsidiado en las mismas condiciones del contributivo y la suficiencia de la UPCS en este escenario, la continuidad de la prueba piloto está sujeta al envío de información con la calidad, oportunidad y demás requerimientos definidos por el organismo rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta exigencia está explícita tanto en la parte motiva como en la resolutive del mencionado acto administrativo contentivo de la decisión, que se profiere en acatamiento a los mandatos judiciales de los Autos 261 y 262.

De acuerdo con lo anterior, la información precisa, oportuna y confiable es clave en la demostración de la necesidad de igualación de primas, pues esta se condiciona a la credibilidad y rigorismo técnico de los estudios necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado puedan prestarse eficiente y oportunamente por las EPS que operan el régimen subsidiado en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas; credibilidad, que es responsabilidad de las administradoras por ser las que reportan la información del gasto que sirve al cálculo de la UPCS y que lleva

implicito el compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud que integran su red.

- **Observatorio efectuado hasta mayo 31 de 2015, con relación a la implementación de las pruebas piloto de igualación de primas de los regímenes contributivo y subsidiado**

Implementado el observatorio, el 23 de enero de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social hizo pública la solicitud de información a las EPS de los dos regímenes que operan en las ciudades en donde se está desarrollando la prueba piloto, con las especificaciones técnicas del caso y el cronograma indicativo de fechas límite de entrega con periodicidad cuatrimestral.

En febrero 13 y 18 de 2015 se realizó reunión de socialización de la solicitud de información con todas las EPS de los regímenes, Instituciones Prestadoras de Salud - IPS y Entidades Territoriales. La fecha límite de entrega información del primer cuatrimestre correspondió al lunes 1º de junio de 2015. Actualmente se está realizando la consolidación correspondiente para iniciar los procesos de validación.

6. PROMOCIÓN SOCIAL

6.1 Primera infancia, niños, niñas y adolescentes

Implementación de estrategias diferenciales de atención psicosocial para niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado

17 municipios, de Caquetá (3 municipios), Meta (4 municipios) y Bolívar (10 municipios y 1 distrito) implementan estrategias para la atención psicosocial de 10.200 niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado, en coordinación con la Unidad para las Víctimas y el ICBF. Recursos destinados por el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, a acciones de promoción de la salud en Atención Primaria en Salud, e implementados por las Cajas de compensación familiar

Desarrollo de capacidades territoriales en atención integral en salud con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado

- 9 departamentos y 1 distrito (Caquetá, Choco, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Tolima, Valle Del Cauca y Buenaventura) implementan estrategias de formación del personal de salud de instituciones de prestación de servicios de salud de baja complejidad y comunidades víctimas del conflicto armado, para la atención en salud mental con enfoque psicosocial. Recursos de inversión asignados a las entidades territoriales mediante la Resolución 5943 de 2014, para un total de \$825.045.050.
- 7 municipios de 7 departamentos (Caquetá, Chocó, Guajira, Nariño, Sucre, Córdoba y Antioquia), implementan áreas demostrativas del componente de salud integral del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI; este proyecto se trabaja conjuntamente con las dependencias Promoción Social, Desarrollo del Talento Humano en Salud y Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, e incluye el ajuste e implementación del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial (Decreto 4800/2011, artículo 88) y de los Lineamientos del talento humano para la atención psicosocial y la atención integral en salud con enfoque psicosocial (Decreto 4800/2011, artículo 169). Recursos de inversión asignados a las entidades territoriales mediante la Resolución 5943 de 2014 y Resolución 5763 de 2014, para un total de \$260.000.000.

6.2 Víctimas del conflicto armado (incluye Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI)

El Ministerio de Salud y Protección Social viene liderando la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, el cual forma parte de las medidas de asistencia y rehabilitación consagradas en la Ley 1448 de 2011. Este programa

consta de 2 grandes componentes específicos: i) La **Atención Psicosocial** y, ii) la **Atención Integral en Salud**, para las víctimas del conflicto armado; el primero se centra en el daño psicosocial y el segundo en la salud física y mental, en sus momentos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación general. Estos componentes se articulan a través de estrategias simultáneas y transversales de **coordinación Nación – Territorio, construcción conjunta con las víctimas**, sus organizaciones y demás actores responsables de su implementación, la **formación del talento humano** y, el **seguimiento y monitoreo**.

Teniendo en cuenta los términos fijados por la mencionada Ley, este Ministerio para las vigencia fiscal 2014⁸ y 2015⁹, asignó recursos a diferentes Entidades Territoriales para la implementación de la medida de rehabilitación y la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 59- Asignación de recursos para implementación de medidas de rehabilitación y atención psicosocial

Año	Fuente	Recursos	Total
2014	Subcuenta ECAT - FOSYGA	\$ 25.000.000.000	\$ 25.000.000.000
2015	Subcuenta ECAT - FOSYGA	\$ 15.000.000.000	\$ 15.000.000.000
2015	Proyecto de inversión " <i>Implantación de proyectos para población en condiciones especiales</i> "	\$ 4.500.000.000	\$ 4.500.000.000
TOTAL			\$ 44.500.000.000

Fuente: Ministerio de Salud

En relación a la implementación del componente de **Atención Psicosocial**, logró una cobertura acumulada para la vigencia 2014 de 41.073¹⁰ víctimas con procesos de atención psicosocial en la modalidad individual, familiar y comunitaria¹¹ en 27 Entidades Territoriales. Igualmente, para la vigencia 2015 se proyecta una cobertura de atención de 62.162 víctimas del conflicto armado con procesos de atención psicosocial en 23 Entidades Territoriales.

Por su parte, el componente de **Atención Integral en Salud** se encuentra definido en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial¹², el cual debe ser implementado por los integrantes del SGSSS¹³. En este sentido, se identifica que el 77,1% de la población víctimas del conflicto armado afiliada al SGSSS se encuentra en el régimen subsidiado y el restante 22,9% en el régimen contributivo. En relación al está de afiliación al SGSSS de la población en mención se identifica que el 71% se encuentra activo, el 22% con información insuficiente, el 4% retirado, el 2% fallecido, el 1% desafiliado y el restante suspendido o interrumpido.

⁸ Resolución 2892 de 2014

⁹ Resolución 0713 de 2015

¹⁰ CONPES 3726 de 2011.

¹¹ Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Cali, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca.

¹² Artículo 88 del Decreto 4800 de 2011.

¹³ Direcciones Territoriales de Salud -DTS, Entidades Administra-doras de Planes de Beneficios – EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entre otros.

Fortalecimiento Institucional. El Ministerio de Salud y Protección Social durante la vigencia 2014 ejecutó tres proyectos¹⁴ tendientes a la asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, así:

Cuadro No. 60 - Proyectos de fortalecimiento institucional

(cifras en millones de \$)

Nombre Proyecto / Rubro	2014			2015
	Apropiación Final Total	Compromisos Totales	Obligaciones Totales	Apropiación Total
Apoyo sostenibilidad afiliación de la población pobre y vulnerable asegurada a través del régimen subsidiado	138.534	138.534	138.534	142.690
Asistencia y promoción social por la inclusión y la equidad nacional	608	608	608	150
Fortalecimiento institucional y comunitario para la atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado	4.300	4.091	3.993	4.306

De igual forma, de acuerdo a lo ordenado en el Artículo 169 del Decreto 4800 de 2011, el Ministerio formuló los Lineamientos para el **Desarrollo del Talento Humano en la Atención a Víctimas**, donde se logró para el año 2014, formar mediante curso virtual “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado” a 1.178 personas del sector salud.

En relación al proceso de **Participación de las Víctimas del Conflicto Armado**, durante el segundo semestre de 2014 se realizaron 30 jornadas con las mesas Departamentales de Víctimas y un plenario nacional, donde se logró la participación de 610 líderes/as víctimas y 481 funcionarios de instituciones públicas y privadas.

Cumplimiento de órdenes y sentencias judiciales.

En el marco de la **T-025 de 2004**, el Ministerio implementó el *Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial –ISEP* con el propósito de garantizar el fortalecimiento de las organizaciones de las víctimas del desplazamiento forzado, que con corte a 2014 se implementó en 71 municipios y un corregimiento de 16 departamentos, con la participación de 41.579¹⁵ personas en forma directa, que hacen parte de 220 organizaciones de víctimas. Los recursos aginados para la vigencia 2014 fueron por un valor de \$ 4.480.180.700.

En cumplimiento de la **Sentencia T-045 de 2010** de la Corte Constitucional, durante la vigencia 2014 se logró la formulación acumulada de 2.020¹⁶ planes de atención psicosocial a nivel individual, familiar y/o comunitario con la comunidad víctima de El Salado, ubicada en los departamentos de Bolívar, Atlántico y Sucre.

¹⁴ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). i) Ampliación y renovación de la afiliación al Régimen Subsidiado, ii) Asistencia y Promoción Social para la inclusión y la equidad nacional y iii) Implantación de proyectos para población especiales.

¹⁵ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁶ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

En **cumplimiento a lo ordenado en el Auto 092 de 2008 y Auto 009 de 2015** se viene realizando seguimiento a la atención integral en salud a las 600 mujeres individualizadas, así mismo se adelantan acciones de gestión para la articulación de la Resolución 459 de 2012.

Respecto a los **procesos de Restitución de Tierras**, se han notificado al Ministerio de Salud y Protección Social alrededor de 350 sentencias, las cuales han sido proferidas por los diferentes entes judiciales de restitución de tierras, principalmente en 15 Departamentos. Para el cumplimiento de las órdenes se vienen adelantando las gestiones pertinentes, que en su mayoría están dirigidas a garantizar los servicios de atención integral en salud y atención psicosocial a las víctimas beneficiarias junto con sus grupos familiares.

En relación al cumplimiento de las **14 Sentencias de Justicia y Paz** notificadas a este Ministerio y las cuales se encuentran ejecutoriadas, se vienen adelantando las acciones pertinentes para garantizar el cumplimiento a los exhortos proferidos por los diferentes juzgados y tribunales, referidos a garantizar los servicios de atención integral en salud y atención psicosocial a más de 5.000 víctimas reconocidas en el marco de este proceso, las cuales se encuentran ubicadas geográficamente en todo el territorio nacional. Así mismo, el sector salud viene acompañando el desarrollo de los incidentes de reparación integral.

6.3 Poblaciones con discapacidad

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción de la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, anexo al Conpes Social 166 de 9 de diciembre de 2013. Se realizaron 5 encuentros regionales para la apropiación de la Política Pública, que contaron con la participación de 266 personas de los 32 departamentos y 4 distritos.

Desde el Consejo Nacional de Discapacidad se ha coordinado el proceso de reglamentación Ley Estatutaria 1618 de 2013, hasta la expedición de los correspondientes actos administrativos reglamentarios. Se expidió la Guía Territorial de gestión en discapacidad para Gobernadores y Alcaldes como herramienta de cara a la elaboración de los nuevos planes de desarrollo departamentales y municipales y están conformados el 53.3% de los comités municipales y el 86.1% de comités departamentales y distritales de discapacidad.

Con corte a 31 de mayo de 2015, el 95 % de los municipios de Colombia cuentan con por lo menos una Unidad Generadora de Datos - UGD habilitada para el registro de personas en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD, de ellas el 61% se encuentran registrando activamente. En el periodo comprendido entre junio 01 de 2014 y mayo 31 de 2015, han sido registradas 163.430 personas. De igual forma han sido identificadas 121.172 víctimas con discapacidad en el Registro Único de Víctimas - RUV caracterizadas en el RLCPD, afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este avance permite facilitar el acceso a mayor cantidad de servicios sociales en virtud de su condición.

A partir del RLCPD como fuente primaria, se ha puesto en marcha el **Observatorio Nacional de Discapacidad**, como una estrategia técnica que recopila, investiga, analiza y genera información, para contribuir al seguimiento de los esfuerzos que en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, realizan los actores institucionales y de otros sectores, a través de indicadores que permiten evaluar el impacto de la legislación nacional, las políticas, planes, programas y proyectos en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad; el cual puede ser consultado en el siguiente enlace: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Paginas/Home.aspx>

En el ámbito de las competencias sectoriales, desde Salud fueron socializados los Lineamientos Nacionales para la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC y la batería de indicadores para su seguimiento; dicha estrategia fue incluida como tecnología en Salud en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC, a través de la Resolución 518 de 2015.

Complementario a las atenciones en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló un proyecto con el Secretariado Nacional de Pastoral Social – SNPS el Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial – ISEP, que tuvo como objeto general “Impulsar procesos locales de inclusión social con enfoque psicosocial, con víctimas de violencia, en confinamiento, en riesgo o en situación de desplazamiento forzado, en áreas rural y urbana de mínimo 44 municipios del país” y que contó con la participación directa de 1.087 personas con discapacidad en los municipios priorizados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Valle.

Para apoyar los planes territoriales de atención a la Discapacidad, el Ministerio de Salud y Protección Social transfirió recursos por valor de \$2.000.000.000 a 32 departamentos y 4 distritos, mediante Resolución 3173 de 2014, orientada a la entrega de ayudas técnicas, implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC y fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad así como de los comités territoriales de discapacidad.

En el marco de los Auto 006 de 2009 y 173 de 2014 se han desarrollado encuentros territoriales en 33 municipios del país con mayor afectación por el conflicto armado, con el fin de articular la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social con la Política Nacional para la atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, así como el Sistema Nacional de Discapacidad – SND y el Sistema Nacional para la atención y reparación integral a las víctimas –SNARIV.

6.4 Población inimputable por trastorno mental

Se cuenta con un programa dirigido únicamente a las personas declaradas jurídicamente inimputables por trastorno mental a quienes se les impongan la medida de seguridad consistente en internación.

Durante el año 2014, se asignaron recursos por valor de \$13.305 millones en el que se contempla la atención integral por parte de un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermera jefe y auxiliar de enfermería, acompañamiento jurídico. Opera en 13 entidades territoriales. De acuerdo con la disponibilidad de cupos en los Centros, se ubica a los pacientes cerca de su familia, con el fin de fortalecer los vínculos y redes de apoyo familiar. Para el periodo 2015 se atendieron 439 pacientes.

Para la vigencia 2015 fueron asignados r \$12.316 millones, asignados a 13 entidades territoriales a través de la Resolución 712 de 2015, la cual además establece los lineamientos técnicos nacionales para la ejecución de los recursos del programa. Actualmente, el programa cuenta con 409 pacientes en centros especializados en salud mental.

6.5 Mujer y género

Para la implementación de las medidas de atención de que trata la Ley 1257 de 2008, en favor de las mujeres víctimas de violencia, en 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso \$12.510.000.000 y para 2015 se cuenta con una disponibilidad de \$11.160.000.000, se avanza en la propuesta de modificación de los artículos 13 y 19 de la precitada Ley para facilitar el cumplimiento de las medidas de alojamiento, transporte y manutención.

Así mismo, durante el periodo 2014-2015, se culmina la elaboración de una guía metodológica para el proceso de sensibilización e implementación del enfoque de género y de un instrumento para realizar el levantamiento de información sobre la percepción de los funcionarios del Ministerio sobre los asuntos de género. A la par, se avanza en la revisión para la inclusión del enfoque en los planes y programas para la atención psicosocial a víctimas del conflicto y para las víctimas pertenecientes a grupos étnicos.

El Observatorio Nacional de Violencias en su Línea de Violencias de Género, durante el periodo reportado, realizó:

- El diseño y validación de la metodología de Análisis en Situación en Salud territorial para las violencias de género.
- La aplicación de la metodología de ASIS territorial a la región del Catatumbo.
- La actualización del Protocolo y ficha de registro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia contra la Mujer, Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual con el Instituto Nacional de Salud, que desde año 2015 se llama de Violencias de Género y se incluyeron dos requerimientos de ley: i) la Ley 1719 de 2014 que tipificó varias formas de violencias sexuales en el marco del conflicto armado y, ii) la Ley 1639 de 2013 que estableció la identificación y notificación inmediata de los crímenes con ácido una vez ingresan al sector salud.
- La realización del primer ejercicio del Sistema Unificado de Información de Violencias de Género, establecido en las leyes 1257 de 2008 y 1719 de 2014. Se identificaron 20

herramientas de captura de información de los sectores de salud, protección y justicia. Estas herramientas comenzarán procesos de migración a la Bodega SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social.

- El desarrollo de una herramienta de seguimiento de las estrategias diseñadas e implementadas para el abordaje integral de las violencias de género impulsadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el país.

Dentro de los desarrollos normativos del periodo reportado, se destaca la reglamentación de la Ley 1639 de 2013, que fortaleció las medidas de prevención, protección y atención integral de las víctimas de crímenes con ácido, mediante la Resolución 2715 del 4 de julio de 2014, “Por la cual se establecen las sustancias que deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo, con base en los criterios de clasificación que se definen”. Establece los criterios de clasificación de las sustancias (corrosividad cutánea y su utilización en ataques contra la integridad personal); y, las sustancias objeto de registro de control de venta al menudeo (Ácido sulfúrico, Ácido clorhídrico, Ácido muriático, Ácido fosfórico, Ácido nítrico, Hidróxido de sodio en solución acuosa y en escamas).

Así mismo la Resolución 4568 del 16 de octubre de 2014, “Por la cual se adopta el Protocolo de atención de urgencias a víctimas quemadas con ataques con agentes químicos”. El Protocolo busca garantizar que estas víctimas reciban una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica, de manera que se logre reducir el daño físico y mental, así como que se desarrollen las acciones que les garanticen el acceso a la justicia, a la protección y al restablecimiento de los derechos afectados.

6.6 Persona mayor, vejez y familia

Bajo la premisa de promover que las políticas públicas se conversen pues su referente principal es el ciudadano, entre 2014 y lo corrido de 2015, se han realizado diez encuentros nación territorio que comparten temáticas en torno del envejecimiento, la vejez y la familia.

A partir de 2014 el Ministerio viene adelantando el proceso de actualización, revisión y ajuste de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024, dentro de la cual se define un plan de acción con metas a corto (2017) mediano (2019) y largo plazo (2024) y precisa responsabilidades de la Nación, los departamentos, distritos y municipios. Se han recibido aportes de organizaciones de personas adultas mayores, la sociedad civil y la academia participantes en talleres macro-regionales en Bucaramanga, Santa Marta, Cali, Medellín y Bogotá.

Entre 2014 y 2015, la Nación-Ministerio de Salud y Protección Social transfirió más de mil millones de pesos (\$1.039.689) a las entidades departamentales y distritales como concurrencia para la ejecución de proyectos territoriales que contemplen acciones de Fortalecimiento de la participación ciudadana e integración social de los colectivos y personas adultas mayores, la Promoción y formación en derechos de las personas adultas mayores, la Protección legal, gestión normativa y fomento del acceso ciudadano a la justicia y el Monitoreo y evaluación del cumplimiento de los derechos humanos.

De igual forma, con la participación de más de mil personas en Mesas de Trabajo, reuniones de expertos y foros regionales, se realizó la validación del documento técnico de la Política de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias, tomando como referentes la ley 1361 de 2009 y las recomendaciones internacionales centradas en la formulación de políticas públicas que promuevan la equidad de género, la reducción de la pobreza y el equilibrio entre los tiempos laborales y los tiempos para la familias, entre otros aspectos. Se dispone del documento Técnico que consolida los aportes de entidades nacionales y territoriales, la academia, la sociedad civil y expertos de Chile, España, Uruguay y México y que han sido objeto de las discusiones de la Mesa Técnica Nacional de Familia, de la cual hacen parte, entre otras entidades, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, el Departamento para la Prosperidad Social, el Departamento Nacional de Planeación, así como los Ministerio de los TIC, Trabajo, Educación Nacional; Cultura, Vivienda, Ciudad y Territorio.

6.7 Grupos étnicos

Acciones con pueblos indígenas

Se adelantó el proceso de concertación con los pueblos indígenas de las acciones del sector salud que fueron incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, relacionadas, entre otras, con la estructuración e implementación del SISPI, la elaboración de los contenidos del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública desde la perspectiva de los pueblos indígenas, la adecuación sociocultural de los programas de salud pública, la continuidad del funcionamiento de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas (Decreto 1973 de 2013) y del apoyo al diseño de las formas del cuidado de la salud propias e interculturales (modelos).

En el marco de la Comisión Andina de Salud Intercultural se elaboró la Política Andina de Salud Intercultural, que ofrece insumos conceptuales y estratégicos que orientan y/o fortalecen el desarrollo de políticas, planes y programas en salud intercultural en los países andinos, que respondan con pertinencia a las necesidades de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos que conviven en la subregión, en el marco del respeto a sus derechos individuales y colectivos, que garanticen el acceso a una atención integral y de calidad de acuerdo a su contexto cultural.

Estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI

Se realizaron cuatro reuniones de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas (julio, noviembre -ordinaria y extraordinaria- y diciembre) donde se inició el desarrollo de la segunda fase ya acordada

para la estructuración del SISPI con la definición de los contenidos de uno de sus cinco componentes: el relacionado con el Cuidado de Salud propia e intercultural del SISPI.

Se revisó y ajustó el proyecto de decreto de habilitación de las EPSI con participación de representantes de éstas y sus autoridades. Se acordaron los puntos estructurales que comprenderán las condiciones de habilitación y permanencia de las EPSIs en lo que tiene que ver con el patrimonio mínimo, margen de solvencia, la constitución de reservas técnicas y el inicio de la constitución y mantenimiento de las inversión de las reservas técnicas. La expedición del mismo está pendiente de terminar la concertación en dos puntos de forma.

Se revisó y ajustó la metodología para la recolección de insumos del componente indígena en el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública.

Se validó el resultado del estudio de la UPC diferencial indígena, compromiso establecido desde la Ley 691 de 2001, que por primera vez calculó el efecto diferencial sobre este cálculo, resultando en un incremento de un 3.04% sobre la UPC por grupo etario, que se tradujo para 2014 un monto anual adicional aproximado de \$22.000 millones que se reconocerán de forma permanente a partir de la expedición de la Resolución 5925 de 2014, mediante la cual se fija el valor de la UPC diferencial en el Régimen Subsidiado para los pueblos indígenas.

Concertación con los pueblos indígenas (representados en la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas) del articulado del Título IV, Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI del Decreto 1953 de 2014.

Diseño de modelos de salud propios e interculturales.

Para el año 2014 se destinó la suma de \$910.000.000, ejecutados durante la vigencia, a través de la suscripción de convenios interadministrativos entre el Ministerio de Salud y Protección Social, o las entidades territoriales y los siguientes pueblos indígenas:

- Embera Chamí del municipio de Riosucio en Caldas;
- Awá de los municipios de Ricaurte, Tumaco, Samaniego y Barbacoas de Nariño, y Orito, San Miguel, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Valle del Guamuez y Mocoa del Putumayo;
- Kogi, Wiwa, Arhuaco y Kankuamo de la Sierra Nevada de Santa Marta;
- Pijao de los municipios de Coyaima, Ortega, Chaparral, San Antonio, Natagaima, Purificación, Saldaña, Guamo, Prado, Espinal y Coello del Tolima;
- Uitoto, Ticuna, Cocama, Yagua Bora, Ocaina y Muinane, del corregimiento de la Chorrera, Amazonas;
- Misak (Guambiano) del resguardo de Guambía y municipios de Silvia, en Cauca; La Argentina, la Plata y Belén en Huila; Florencia en Caquetá; Cali y Dagua en Valle del Cauca y Villavicencio en Meta;

- Pastos de los municipios de Cumbal, Guachucal, Ipiales, Túquerres, Santa Cruz, Aldana, Pupiales, Potosí, Contadero, Cuaspud Carlosama, Guachavés, Mallama, Córdoba, Funes, Sapuyes, Guatarilla, Imues, Ospina y Puerres en Nariño;
- Nasa, municipio de Caldon, Cauca;
- Yanacona de los departamentos de Cauca, Huila, Quindío, Putumayo, Valle del Cauca y Bogotá D.C
- Totoroez del municipio de Totoró, Cauca

Lo que se busca con el diseño de estos modelos de salud es propiciar la revaloración, reconocimiento y fortalecimiento de la medicina tradicional, a través de la caracterización en salud de los pueblos indígenas desde la medicina occidental y la tradicional, la adecuación de los servicios de salud institucionales de acuerdo con las características ambientales, culturales y organizativas de cada pueblo indígena, y el establecimiento de mecanismos de diálogo, concertación e interacción entre las dos medicinas, y que cada pueblo adelanta su proceso de acuerdo con sus características ambientales, culturales y organizativas. Como resultado de estos ejercicios, pueblos como los Pijao, los Nasa y los Awa continuaron con la consolidación de la caracterización de su situación de salud desde la medicina occidental y la tradicional y los Totoroez elaboraron su perfil epidemiológico sociocultural.

Otros como los Embera Chamí, a partir del análisis de la oferta institucional existente materializada en planes, programas y proyectos del sector, propusieron la adecuación de algunos de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para brindar una atención diferencial a las poblaciones indígenas; los indígenas del corregimiento de la Chorrera en el Amazonas, los Yanacona y los Pastos adelantaron procesos de fortalecimiento de su medicina tradicional a través de la realización de encuentros, asambleas, talleres o mingas de pensamiento donde dialogaron sobre su medicina propia, sus prácticas y saberes ancestrales, así como de las acciones en salud propia que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y el territorio, como insumo fundamental de su forma de cuidado de salud.

Los Misak, por su parte, elaboraron un Plan Participativo de Salud y Nutrición del Pueblo Misak con sus diferentes líneas y componentes a partir del diagnóstico socio comunitario realizado y los indígenas de la Sierra Nevada identificaron los problemas en salud pública y colectiva de los territorios y elaboraron una propuesta de plan quinquenal de salud pública.

Implementación de la estrategia de Vivienda Saludable con enfoque diferencial

Se ha trabajado desde la Oficina de Promoción Social, una propuesta de articulación intersectorial en el marco de la implementación de la estrategia de vivienda saludable para los pueblos indígenas, con enfoque diferencial y considerando las competencias de cada sector, más allá de las acciones de promoción, prevención y atención en salud, tales como la garantía en coberturas útiles de agua potable y saneamiento básico, vivienda, seguridad alimentaria y nutricional, accesibilidad, educación, ambiente, entre otros determinantes sociales del buen vivir.

En esta propuesta de articulación intersectorial, la Estrategia de Vivienda Saludable (EVS) adecuada socioculturalmente se presenta como una herramienta de trabajo que permita contribuir a la armonización de las acciones intersectoriales encaminadas al desarrollo sostenible de los asentamientos, la conservación de sitios sagrados y ecosistemas de interés de los pueblos indígenas. Como una alternativa a través de la cual se articulan aspectos sanitarios, habitacionales, ambientales y de ordenamiento cultural del territorio, encaminada a la identificación, planificación, acción, seguimiento y control para la disminución de factores riesgo que inciden en el Buen Vivir.

Adecuación sociocultural

Se realizó una asignación especial de un 5% equivalente a \$215.000.000, mediante resoluciones expedidas desde 2014, para que los departamentos realicen la cofinanciación y adelanten de manera concertada las adecuaciones socioculturales con los pueblos indígenas protegidos por la Corte Constitucional.

Implementación de la política nacional de atención integral a la salud de la infancia y adolescencia con enfoque diferencial indígena, mediante el apoyo a los gestores regionales y departamentales.

Implementación programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional y desparasitación.

Acciones con Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales

Realización en el mes de noviembre de 2014 de una sesión de la Mesa de Protección Social para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, donde se revisaron los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 y se elaboró un plan de acción para el año 2015.

Se elaboró de manera concertada entre la institucionalidad en Salud y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras un plan denominado: “Plan De acción Post Verificación Eliminación de la Oncocercosis y otras Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2014-2015.

Acciones con Pueblo Rrom (gitano)

Se adelantó el proceso de concertación con el pueblo Rrom de las acciones del sector salud que fueron incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, relacionadas, entre otras, con la elaboración de los contenidos del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública desde la perspectiva de del pueblo Rrom, la adecuación

sociocultural de los programas de salud pública y la continuidad del funcionamiento de la Mesa de Salud Rrom.

Perfeccionamiento del "Plan de Análisis de la Información recolectada para la construcción del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública desde la perspectiva del Pueblo Rrom- Gitano".

6.8 Estrategia de Superación de la Pobreza Extrema

Habitante de la Calle

En cumplimiento de lo previsto en la Ley 1641 de 2013, se dispone de una propuesta de líneas estratégicas, la estructura del Plan Nacional de Prevención y Atención Integral para habitantes de la calle y un proyecto de Decreto reglamentario. Dicha propuesta es resultado de procesos de Articulación Institucional e Interinstitucional en Mesas de Trabajo a nivel nacional y de Consulta en Cinco Foros Regionales realizados con sedes en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín y Santa Marta en los cuales participaron 1.150 personas.

7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD

7.1 Acciones de Inspección, Vigilancia y Control realizadas por la Supersalud

Se definieron dos enfoques para fortalecer el sistema de Inspección Vigilancia y Control, mediante: 1) Realizar estudios técnicos para la elaboración de metodologías e instrumentos que permitan mejorar la supervisión del SGSSS, y 2) Diseñar metodologías e instrumentos para la supervisión del SGSSS; las actividades desarrolladas son las siguientes:

- Diseño de metodología de cálculo de reservas para la supervisión del Decreto 2702 de 2014, la cuál puede ser adoptada de manera voluntaria por los vigilados.
- Gestión de información sobre el diseño y prácticas de gobierno corporativo en el sector salud y, propuesta de un esquema de gobierno corporativo aplicable a EPS e IPS, que se encuentra en discusión.
- Realización de Convenios de Cooperación Técnica con la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), en 2014, para el fortalecimiento de habilidades y conocimientos a funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud, en técnicas de inspección y control de los servicios de salud. Convenio con el Banco Mundial, para desarrollar herramientas que fortalezcan la capacidad de supervisión de la entidad, apuntando a la implementación de un sistema de supervisión basado en el riesgo y apoyar la adopción de las Normas Internacionales de Información financiera (NIIF) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de (SGSSS) la República de Colombia”.

Aseguramiento y calidad en la prestación de servicios.

Se adelantaron un total de 135 visitas de inspección con personal de la Entidad: 50 (1 jun - 31 dic 2014), y 85 (1 enero - 31 mayo 2015). De igual forma, por contratación externa, se han realizado un total de 83 auditorías a entidades vigiladas (10 ET, 10 IPS, 49 EAPB y 14 Generadores de Recursos). Dentro de los trámites realizados por la Delegada de Supervisión Institucional, en desarrollo de las acciones de supervisión, se encuentran:

Cuadro No. 61- - Trámites realizados período Jun – Dic 2014 y Ene - Mayo 2015

Trámite	2014	2015
Evaluación de solicitudes de habilitación y/o autorización de funcionamiento de EAPB	3	0
Aprobación de Planes Voluntarios de Salud	1	0
Revocatoria de habilitación y/o autorización	1	0
Aprobación de solicitudes de modificación de capacidad de afiliación de EAPB	5	6
Solicitudes de fusión o escisión de las empresas	1	0
Retiro voluntario de la operación	0	4

Trámite	2014	2015
Visitas de suspensión de práctica no autorizada	0	0
Trámite de solicitud de peticiones, quejas y reclamos	2246	609
Reformas Estatutarias	8	3
Solicitudes de Suscripción Planes de Mejoramiento	215	92
Planes de Mejoramiento Evaluados	211	54
Traslado para la apertura de investigaciones	742	292

Fuente: Informes de Gestión, TABLERO DE CONTROL TRAMITES EAPB, Base Datos Resoluciones y Autos de Visita - Supervisión Institucional y Sistema Integral Correspondencia (SUPERCOR) – SNS

Se han desarrollado actividades para el seguimiento del componente de inspección, vigilancia y control en temas como Circular Única, PAI, sistema de vigilancia epidemiológica, CRUE, tecnología biomédica, código de conducta y buen gobierno, mantenimiento hospitalario, SAR, red de prestadores, RIPS, acreditación Icontec, PAMEC, Protección específica y detección temprana y Red de Controladores del sector Salud.

Protección al usuario y participación ciudadana. La Superintendencia, tramita y gestiona las PQRD que ingresen a través de los cinco canales oficiales dispuestos para tal fin (ver cuadro siguiente)

Cuadro No. 62-. PQRD y solicitudes de información

Canal/Año 2014	Junio	julio	agosto	Sept.	octubre	Noviem.	diciembre
Telefónico	41.049	52.339	40.661	46.500	41.611	34.039	30.139
Web	8.760	10.340	9.593	9.951	10.516	9.257	7.656
Chat	2.388	3.428	2.677	2.733	2.301	2.271	1.934
Escrito	2.038	2.805	2.259	2.717	2.410	2.199	2.178
Personalizado	805	918	2.315	2.932	2.949	2.302	2.512
TOTAL	55040	69830	57505	64833	59787	50068	44419
Canal/Año 2015	enero	febrero	marzo	abril			
Telefónico	36.911	40.114	42.425	38.794			
Web	9.275	9.797	13.044	13.118			
Chat	2.215	3.269	2.622	2.655			
Escrito	1.974	2.162	2.269	1.933			
Personalizado	2.806	3.555	4.328	3.985			
TOTAL	53181	58897	64688	60485			

Fuente: Delegada de Protección al Usuario SNS

La Superintendencia Nacional de Salud, suscribió el Convenio Interadministrativo No, 514 de 23 de octubre de 2014 con la Superintendencia de Industria y Comercio, para participar en las siguientes actividades:

- **Ruta De Consumidor** – Unidad Móvil.
- **Casas del Consumidor:** Espacio físico, infraestructura personal idónea para que los ciudadanos presenten peticiones, quejas, demandas o denuncias. Actualmente, la Superintendencia Nacional de Salud, tiene presencia en cuatro casas del Consumidor ubicadas en las ciudades de Popayán, Armenia, Pereira y Barranquilla.
- **Participación Ciudadana:** se crearon las siguientes estrategias:

- “Dialoguemos con la Súper”. En dicho espacio se conoce la opinión de la comunidad frente a la problemática de Salud, estos se realizaron en las ciudades de: Bogotá, Medellín, Riohacha, Villavicencio, Puerto Carreño, Ibagué, Paipa, Neiva, Sincelejo, Barranquilla, Cali, Santa Marta; Orito-Putumayo, Bucaramanga, Armenia y San Andrés Islas.
- Jornadas de capacitación y participación social

Cuadro No. 63 - Espacios de Diálogo con la Comunidad

Período	Junio - Diciembre 2014	Enero - Abril 2015
Capacitaciones y Jornadas de Participación Social	28	16
Dialoguemos con la Súper	21	18

Fuente. Superintendencia Delegada de Protección al Usuario

En materia de Inspección, Vigilancia y Control en el sistema de salud, la Dirección de Atención al Usuario reportó las siguientes cifras de gestión de inspección a las EAPB.

Cuadro No. 64 - Cifras de Gestión de Inspección a EAPB

2014	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Noviemb.	Diciemb.
Instrucción	544	1236	5323	1570	2089	1834	1126
Tutelas	402	816	1.172	772	857	887	849
Dirección Atención Usuario (Víctimas y Red de Controladores)	39	35	191	206	181	121	94
TOTAL	985	2087	6686	2548	3127	2842	2069
2015	Enero	Febrero	Marzo	Abril			
Instrucción	2014	1707	2263	2103			
Tutelas	615	786	759	615			
Dirección Atención Usuario (Víctimas y Red de Controladores)	132	268	237	285			
TOTAL	2761	2761	3259	3003			

Fuente. Superintendencia Delegada de Protección al Usuario

Cuadro No. 65 - Comportamiento de PQRD según tipo de derecho de petición

2014	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM.	OCTU.	NOVIEM.	DICIEMBRE	TOTAL
PQR y Denuncias	17.446	21.476	20.615	22.193	20.983	17.670	15.444	135.827
Solicitudes de Información	37.594	48.354	36.890	42.640	38.804	32.398	28.975	265.655
Total PQRS	55.040	69.830	57.505	64.833	59.787	50.068	44.419	401.482
2015	ENE	FEB	MAR	ABR	TOTAL			
PQR y Denuncias	19.046	20.971	25.202	23.970	89.189			
Solicitudes de Información	34.135	37.926	39.486	36.515	148.062			
Total PQRS	53.181	58.897	64.688	60.485	237.251			

Fuente. Superintendencia Delegada de Protección al Usuario

Procesos Administrativos. La Superintendencia profirió sanciones por incumplimiento de la norma, discriminadas por tipo de vigilado y valor de la misma así:

Cuadro No. 66 - Comportamiento Sanciones impuestas a vigilados

Tipo de Vigilado	2014 Millones		2015 Millones	
	Valor Sanción	No. Vigilados	Valor Sanción	No. Vigilados
Régimen Especial	\$ 18.4	1	\$ 64.4	2
Generadores			\$ 1.2	1
Personas Naturales	\$ 98.5	2	\$ 25.7	1
Entidades Territoriales del Orden Mpal.	\$ 3.957.4	193	\$ 617.2	16
Entidades Territoriales del Orden Dptal.	\$ 1.116.0	8	\$ 320.8	10
EPS	\$ 9.849.6	53	\$ 22.163.7	131
IPS	\$ 502.6	48	\$ 4.177.3	666
Total sanciones	\$ 15.542.7	305	\$ 27.370.7	827

Fuente. Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos

Medidas Especiales. La Delegada para Medidas Especiales realizó las siguientes acciones y medidas especiales, discriminadas así;

Cuadro No. 67 - Total de Intervenciones a Mayo del 2015

MEDIDAS APLICADAS	Junio 2014	Diciemb. 2014	Mayo 2015
Intervención forzosa administrativa por administrar	9	9	9
Intervención forzosa administrativa para liquidar	20	15	12
Medida de vigilancia especial	6	4	4
Programa de recuperación	2	4	4
TOTAL	37	32	29

Fuente: Superintendencia Delegada para Medidas Especiales

En el siguiente cuadro se observa el detalle de las entidades bajo acciones y medidas especiales a 31 de mayo de 2015:

Cuadro No. 68 - Entidades bajo medidas especiales a Mayo de 2015

TIPO DE MEDIDA: INTERVENCIÓN FORZOSA PARA ADMINISTRAR	TIPO DE MEDIDA: INTERVENCIÓN FORZOSA PARA LIQUIDAR
Saludcoop EPS	humana vivir EPSS y EPS
corporación IPS Saludcoop	Salud Condor EPS
Clínica Montería S.A	Salud Colombia EPS
ESE Manuel Elkin Patarroyo	Cajasan EPSS
ESE Hospital de San Marcos	Comfenalco-Antioquia EPS
ESE Hosp. Deptal San Francisco de Asís	Comfenalco Antioquia EPSS
ESE Federico Lleras Acosta	Famisalud Comfanorte EPSS
ESE Uba Nuestra Señora del Carmen 1 nivel	Cafaba Caja EPSS
ESE Hospital Eduardo santos	Comfaoriente EPSS
	selva salud EPSS
	Comfenalco Tolima EPS
	Golden Group EPS
TIPO DE MEDIDA: VIGILANCIA ESPECIAL	TIPO DE MEDIDA: VIGILANCIA ESPECIAL
Asoc de cabildos Indíg y la guajira Dusakawi EPSI	Caprecom EPSS
Emdisalud EPSS	Convida EPS
Cruz Blanca EPS	Convida EPSS
Cafesalud EPS	Comfacundi EPSS

Fuente: Superintendencia Delegada para Medidas Especiales

Intervención Forzosa Administrativa: fueron levantadas las medidas de intervención forzosa administrativa a la ESE La Candelaria, del municipio El Banco Magdalena y la

Clínica Montería S.A. en Montería, esta última, en el mes de agosto. Asimismo, se culminó el proceso de la intervención forzosa para liquidar de la Clínica Manizales y se ordenó la intervención forzosa para administrar la ESE Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué y, nuevamente, de la Clínica Montería S.A., en el mes de octubre. Igualmente, se culminaron los procesos de liquidación de 1 EPS en el régimen contributivo y subsidiado (Solsalud EPS), 2 EPS del régimen subsidiado (Comfaca y Camacol) y 1 monopolio rentístico (Lotería del Atlántico).

Medidas Preventivas de la Toma de Posesión: La medida cautelar de vigilancia especial en su gran mayoría se originó por hallazgos de orden financiero. Sin embargo, el seguimiento y monitoreo comprendió también los componentes técnico-científico. Así mismo, en algunos casos, la medida se mantuvo, se levantó o se modificó, como fue para la EPS del régimen Subsidiado Comfacundi y Convida que bajo esta medida pasaron a Programa de Recuperación. Con respecto la medida preventiva de programa de recuperación, se estableció para la EPS del régimen subsidiado Caprecom. La EPS del régimen contributivo Servicios Occidentales de Salud SOS, y las EPS del régimen subsidiado Comfacundi y Convida, pasaron de medida preventiva de vigilancia especial a programa de recuperación.

La Superintendencia Nacional de Salud realiza el seguimiento y monitoreo a tres (3) EPS y 19 IPS, en liquidación voluntaria, así:

Cuadro No. 69- Entidades en Liquidación Voluntaria

EPS	ESES	IPS PRIVADAS
Multimedicas EPS	Hospital San Rafael de Zaragoza	CIPD IPS SAS En Liquidación
Red Salud EPS	Hospital Regional de Bolívar	Clínica Sabana de Occidente Facatativá SAS
Colpatria EPS	Fundación Hospital Regional de Urabá de Apartado	Cooftalnor
	Hospital la Cruz	Clínica Zipaquirá
	Hospital Santa Ana Palestina - Caldas	Ophthalmolaser sa
	Centro de salud San Francisco Javier de Margarita - Bolívar	Atención Médica Especializada
	Conjunto de derechos y obligaciones de la extinta Fundación San Juan de Dios	Asofisios sas
	ESE Hospital del municipio de San Vicente Ferrer	Carolina Ortiz IPS SAS en liquidación
		Undespo Ltda
		Estética dental Beltrán Riveros
		Ceralplus - Clínica Odontológica y Médica SAS

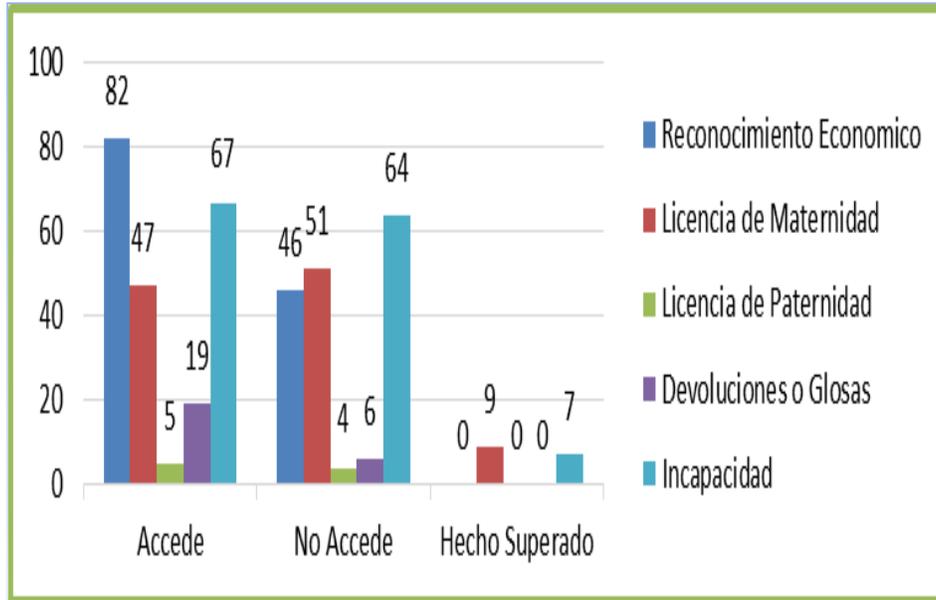
Fuente: Superintendencia Delegada para Medidas Especiales

Función Conciliatoria y Jurisdiccional. Se desarrollaron las siguientes acciones de Conciliación: la Superintendencia realizó ciento seis (106) Acuerdos Conciliatorios en las ciudades de Bogotá (80), Cali (15) y Montería (11), por un valor de \$62.187.4 millones. Igualmente se realizaron ciento nueve (109) Acuerdos Conciliatorios en las ciudades de Bogotá (35), Medellín (40) y Santa Marta (34), por un valor de \$28.478.9 millones.

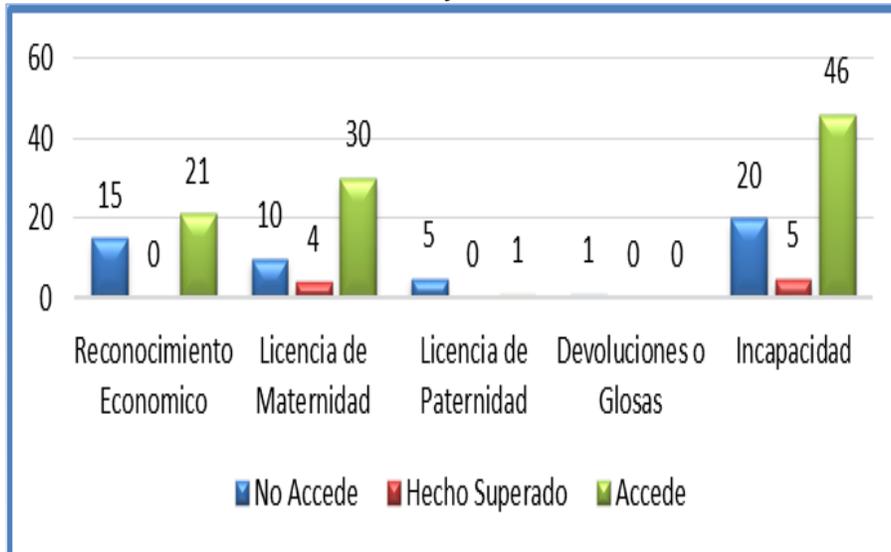
En desarrollo de la función jurisdiccional, se atendieron las solicitudes según el origen de la denuncia, como se muestra en los siguientes gráficos:

Temas con incidencia económica

**Gráfico No. 19 - Función jurisdiccional agrupada por origen de la denuncia
Junio –diciembre 2014**



**Gráfico No. 20. - Función jurisdiccional agrupada por origen de la denuncia.
Enero-Mayo de 2015.**

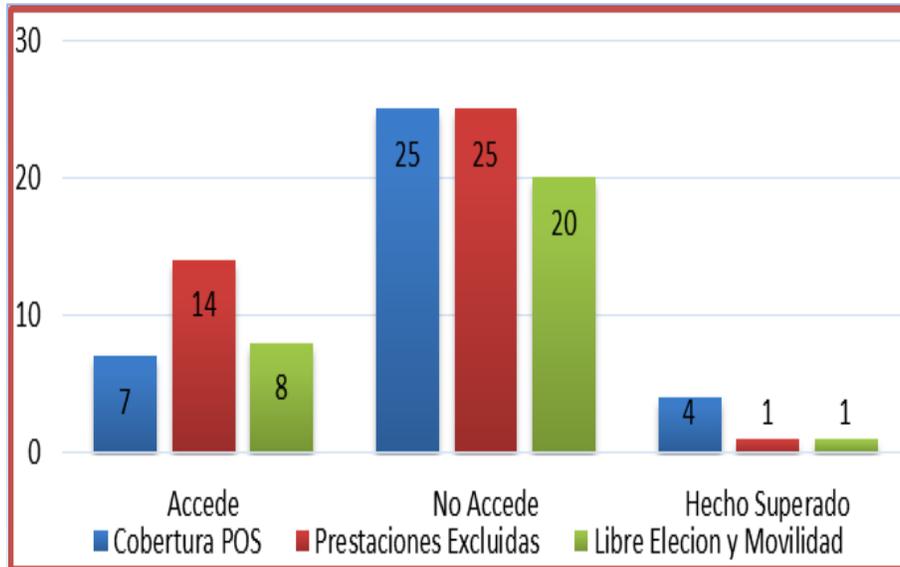


Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación

Temas sin Incidencia Económica. Se tramitan solicitudes una vez analizada su pertinencia, y de las cuales un gran porcentaje se rechaza por diversas causales de orden

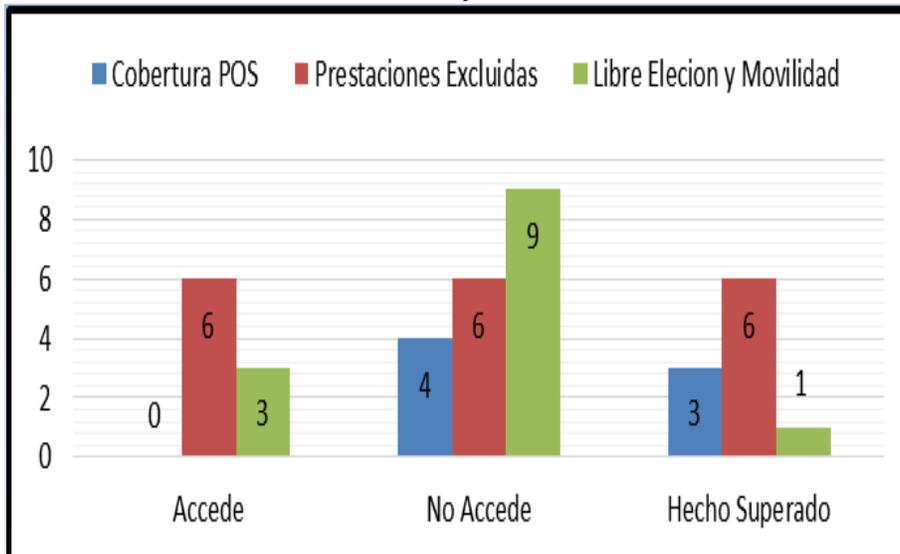
legal y de pertinencia, otras se tramitan debidamente y un menor porcentaje, que cuando se abordan, ya han sido superadas.

**Gráfico No. 21 - Función jurisdiccional sin incidencia económica
Junio – Diciembre de 2014**



Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación

**Gráfico No. 22 - Función jurisdiccional sin incidencia económica
Enero - Mayo de 2015**



Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación

Gestión de Apoyo Institucional. Los temas legales, que mayor frecuencia demandan los usuarios del SGSSS, se encuentran relacionados con medicamentos y procedimientos para

el tratamiento de enfermedades del alto costo, como pañales, pañitos húmedos, crema antipañalitis, terapias ABA, implantes cocleares, licencias de por enfermedad común y profesional, licencias de paternidad, entre otros. Durante el periodo analizado, se tramitaron un total de 17.824 acciones de tutela; en 2014, 11.940 y, en 2015, 5.884. En temas de embargabilidad de los recursos del SGSSS, allanamiento a la mora por parte de las EPS, en materia de cotizaciones extemporáneas, recursos que ingresan a la masa liquidatoria de EAPB, inspección vigilancia y control recursos juegos de suerte y azar, entre otros, se tramitaron en la vigencia 2014, seiscientos sesenta y siete (667) y en 2015, doscientos cincuenta y dos (252) solicitudes y derechos de petición, de acuerdo a datos suministrados por la Oficina Asesora Jurídica.

7.2 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de los productos competencia del INVIMA

En conformidad con la Resolución 1229 de 2013, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA diseñó e implementó el Modelo de Inspección Vigilancia y Control Sanitario basado en Riesgos llamado IVC SOA. Este modelo evalúa los riesgos de los productos que están bajo su vigilancia considerando tres aspectos: a) la severidad (S), b) la probabilidad de ocurrencia (O) y c) la afectación (A); de allí su nombre SOA.

A mayo de 2015, el INVIMA tenía calificado, mediante metodología de riesgos, más de 12.300 establecimientos de diferente tipo: alimentos, plantas de beneficio animal, medicamentos, bancos de sangre, cosméticos y dispositivos médicos; esto corresponde al 85% de sus vigilados. A junio de 2015, se tendrá la totalidad de los vigilados perfilados en riesgo.

Adicionalmente, el modelo de Riesgos IVC SOA, provee información clave para la toma de decisiones sobre el estatus sanitario del país, medidas de prevención, monitoreo y políticas en beneficio de la salud de los colombianos. Se cuenta con información sobre:

- Establecimientos con mayor nivel de riesgo sanitario
- Productos con mayor nivel de riesgo sanitario
- Riesgos de mayor incidencia sanitaria
- Riesgos sanitarios por región
- Riesgos con mayor severidad, ocurrencia y afectación

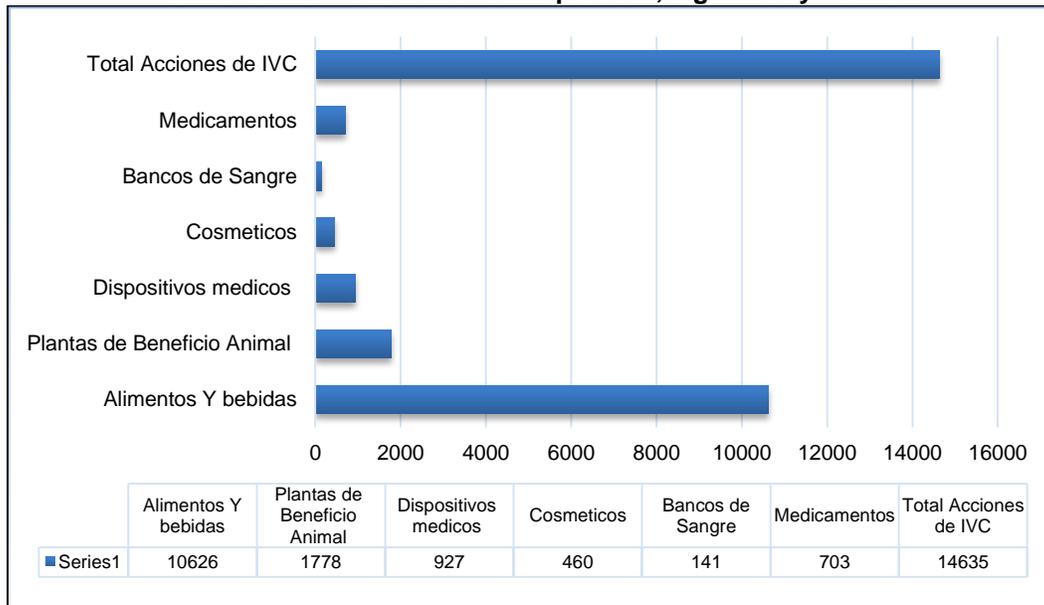
Con base en esta información, se realiza un plan de visitas de inspección en el cual se da prioridad de vigilancia, aquellos establecimientos que tengan mayor calificación en riesgos.

Ese plan de visitas está “semaforizado” dependiendo del nivel de riesgo de los establecimientos y productos valorados. De este modo, el Instituto realizó 14.635 visitas de inspección sanitaria, compuestas por visitas priorizadas por riesgo y atención a demanda, debido a solicitudes de levantamientos de Medidas Sanitarias, Etas, Denuncias, Derechos de Petición, solicitudes de los usuarios, entre otras.

Estas visitas se realizan con el fin de realizar:

- Verificación de establecimientos objetos de inspección, vigilancia y control sanitario, con el fin de determinar que sus características cumplan con los estándares y requisitos establecidos en la normatividad vigente.
- Preparación de la inspección, incluida la revisión de antecedentes.
- Inspección in situ de los establecimientos y productos objeto de vigilancia.
- Inspección y emisión de concepto sanitario o certificación.

Gráfico No. 23 - Acciones de Inspección, vigilancia y Control



Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA Mayo de 2015

Programa Nacional de Tecnovigilancia

Este programa tiene como propósito gestionar y evaluar sanitariamente los eventos e incidentes adversos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, para la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo, este programa se ha posicionado con las nuevas tendencias de la Vigilancia Epidemiológica del Siglo XXI y es modelo para otras Agencias Sanitarias homologas de las Américas

Gestión de Eventos e Incidentes Adversos

El INVIMA ha enfocado sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos de notificación y gestión de los reportes de eventos e incidentes adversos que son notificados de manera

voluntaria por las Instituciones Hospitalarias, contando en este periodo con un total de 6.314 reportes

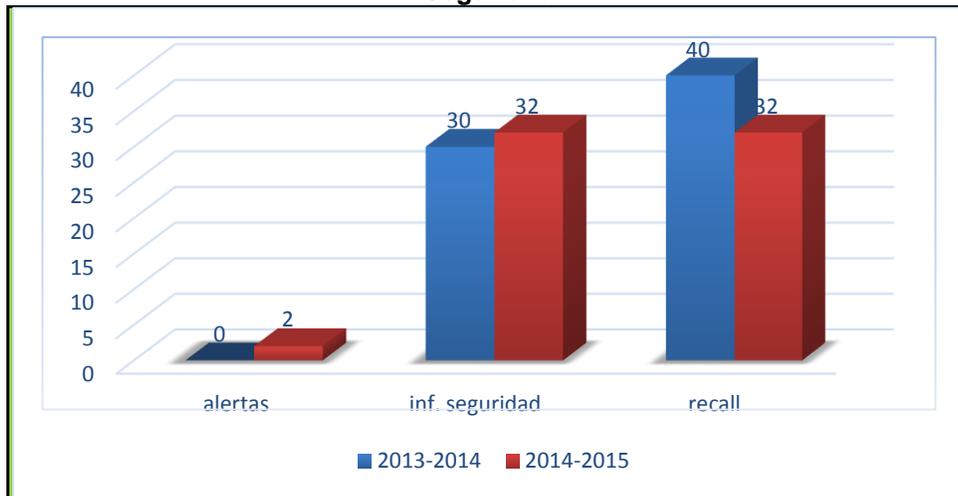
Del total de reportes de eventos e incidentes adversos notificados en el periodo de estudio, se evidencia que 5.848, son eventos e incidentes adversos no serios (93%), relacionados con el uso y defectos de calidad del dispositivo médico donde el desenlace no generó ninguna complicación en el paciente y 466 restante corresponde a eventos e incidentes adversos serios (7%), los cuales están relacionados con el deterioro serio de la salud del paciente, como intervención médica o quirúrgica, hospitalización inicial o prolongación de la misma, daño en una función o estructura corporal hasta eventos fatales como la muerte del paciente.

Programa Nacional de Reactivovigilancia

Su objeto se basa en la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos con las siguientes líneas de Gestión:

- Red Nacional de Reactivovigilancia
- Promoción y Formación a los actores del programa
- Monitoreo, evaluación y publicación de alertas, informe de seguridad y retiro de producto del mercado
- Notificación de eventos adversos y/o incidentes

Gráfico No. 24 - Gestión de monitoreo de agencias sanitarias: Alertas, Recalls, Informes de Seguridad



Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA - Mayo de 2015

En el periodo comprendido entre junio de 2013 y mayo de 2014, el 98.5% de los casos fueron cerrados, para el periodo junio 2014 – mayo 2015, se han cerrado el 50% de los casos y el restante 50% se encuentra en seguimiento.

Entre el mes de enero y el mes de mayo del presente año, se han monitoreado 133 casos de los cuales han aplicado entre informes seguridad, Recall y alertas un total de 29 casos con un cierre del 27% de casos.

En cuanto a la notificación de eventos relacionados con el desempeño de los reactivos de diagnóstico in vitro, durante el periodo 2013-2014, se presentó un total de 38 reportes de efectos indeseados, clasificados en eventos adversos (2) e incidentes (36). Para el periodo 2014-2015, el número de reportes aumentó en un 53%, como consecuencia de la actividades de educación sanitaria y la difusión de la resolución 2013038979 de 26 de diciembre de 2013, con un total de 71 reportes, clasificados en 10 eventos adversos y 61 incidentes

Programa Demuestra la Calidad

Programa de cobertura nacional, con el propósito de efectuar la verificación de calidad post-comercialización de medicamentos de alto consumo y relevancia clínica (grupos farmacológicos, OTC, POS, alto costo, entre otros) y la revisión de los estudios de estabilidad natural de los medicamentos seleccionados

Durante el periodo de este informe, se tomaron y analizaron 52 muestras de 14 principios activos en las cuales se presentaron 5 muestras con no conformidad. Para los productos no conformes, se tomaron muestras de retención las cuales están en proceso de análisis en los laboratorios del INVIMA.

Para el año 2014, se tenía como objeto 25 principios activos, de los cuales se tomaron las muestras durante el tercer trimestre, éstas incluyeron 10 principios activos en presentaciones diferentes.

Durante el cuarto trimestre del año, se tomaron 39 muestras de productos en el territorio nacional, la elección de estas muestras son el resultados de análisis de los probables fallos terapéuticos y las diferentes denuncias de los medicamentos que se encuentran el comercio y que se reciben a través del grupo de programas especiales.

Además se realizaron 30 visitas de seguimientos de estudios de estabilidad en laboratorios farmacéuticos ubicados en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Se inició investigación en tres instituciones por inconsistencias detectadas en los estudios de estabilidad que estaban realizando.

Para el desarrollo del programa del año 2015, el laboratorio del INVIMA, prevé los análisis de los productos seleccionados por el mapa de riesgo del instituto, se tienen proyectado realizar pruebas físico – químicas y microbiológicas a 402 muestras de 20 principios activos diferentes, para esto se programó la toma de las muestras en tres etapas en las que se realizarán 186 muestras:

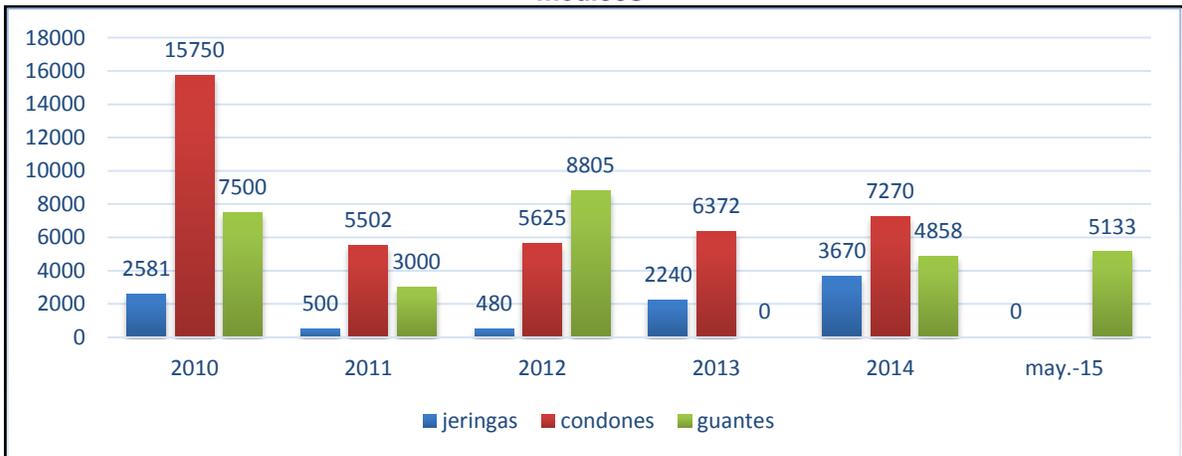
Programa Nacional Demuestra la Calidad para dispositivos médicos

El Programa Demuestra la Calidad adelanta acciones de vigilancia post mercado a fabricantes e importadores que realizan actividades asociadas a la producción, importación, comercialización y consumo de los productos competencia. El programa ejecuta sus actividades bajo el enfoque de riesgo tomando como base la información derivada de variables tales como: reportes de Tecnovigilancia, denuncias, resultados no conformes de evaluaciones de calidad anteriores, fecha del último muestreo, registros sanitarios nuevos, modificados o suspendidos y revisiones de oficio por citar las más importantes. Resultado de esto se obtiene una matriz de priorización de muestreo la cual categoriza en alta, media y baja prioridad los registros sanitarios que deben ser muestreados.

En consideración a esto los dispositivos médicos analizados por el Programa son: jeringas, condones y guantes. Durante el segundo semestre de 2015 se analizarán catéteres y equipos de macrogoteo.

Desde enero de 2010 a mayo de 2015 se han analizado 79.286 unidades de estos tres tipos de dispositivos médicos.

Gráfico No. 25 - Muestras analizadas Programa Demuestra la Calidad para dispositivos médicos



Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA Mayo de 2015

Programa Nacional de Farmacovigilancia

El INVIMA, a través del Programa Nacional de Farmacovigilancia (PNFV), trabaja en pro del uso seguro de los medicamentos, con abordaje interinstitucional y regional, el cual tiene como objetivo principal recibir, analizar, retroalimentar a los participantes de la Red; posteriormente se consolida y transmite toda la información relacionada con los Problemas Relacionados con Medicamentos a la Organización Mundial de la Salud a través del Centro Internacional de Monitoreo de Uppsala.

El Programa Nacional de Farmacovigilancia, funciona con una estrategia de red; para ello el INVIMA creó un aplicativo web, para la inscripción a dicha red en la página institucional del instituto. Como resultado, en total tenemos 2.792 instituciones, con una tendencia de crecimiento mensual del 11 %.

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM), teniendo en cuenta los criterios de clasificación de causalidad de la OMS, de las 4.064 RAM de calidad evaluadas, se clasificaron como serias 2.830 y como no serias 1.237. Las RAM que cumplen los criterios de causalidad dentro del grupo de posible corresponden al 70.4%, las eventos clasificados como probables son el 19.3%; improbables 6.4%; definitivas 2.2%; condicional 1% e inclasificables el 0.8%,

Según la clasificación del sistema afectado (SOC), se evidencia que durante el periodo de este informe los sistemas más relacionados con RAM son: alteraciones generales (13.9%), Sistema gastrointestinal (13.2%), piel y anexos (12.3%), sistema respiratorio (10.5%) y el urinario (6%), estos reúnen más del 50% de las RAM notificadas durante este periodo.

7.3 Vigilancia en Salud Pública

El Decreto 3518 de 2006 que tiene por objeto crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país, estableció, entre otras, como funciones del Ministerio de Salud y Protección Social las de *Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Reglamentar todos los aspectos concernientes a la definición, organización y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional y Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.*

Así mismo, el Decreto 4107 de 2011, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, estableció, entre otras, como funciones de la Dirección de Epidemiología y Demografía, las de *Dirigir el desarrollo de las actividades a cargo del Ministerio, en el sistema de vigilancia en salud pública, en los componentes epidemiológico, demográfico y de servicios de salud, y Coordinar la vigilancia sanitaria, alertas y respuestas ante eventos o riesgos, y comunicarlo a las autoridades competentes.*

Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que fue adoptado por la Resolución 1841 de 2013 expone, en la Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud, entre otras, las estrategias para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria, entre las que se contempla un *Proceso de Actualización y Modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA)*, y un *Plan de Recuperación de las Capacidades Básicas del Sistema de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública e Inspección, Vigilancia y Control para la Seguridad Sanitaria.*

Respondiendo al *Proceso de Actualización y Modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA)*, la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y otros actores que tienen competencia en el tema, dieron inicio a un plan de fortalecimiento y actualización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, que integra esfuerzos de los actores responsables de su implementación y que contempla aspectos relacionados con su planeación, organización, evaluación, sistema de información y la respectiva reglamentación.

Como avances de esta iniciativa, durante los años 2014 y 2015, se ha realizado a la luz de las necesidades, de la reglamentación y de la reestructuración del Ministerio, los siguientes procesos y actividades:

- Se revisó y actualizó el listado de eventos de notificación obligatoria, teniendo actualmente un total de 73 eventos.
- Se dio inicio al proceso de revisión y actualización de los protocolos de los eventos de interés en salud pública, para lo que actualmente los grupos funcionales relacionados con cada tema desarrollan actividades para el establecimiento de los lineamientos para la vigilancia de cada evento.
- Se ha dado continuidad a la organización los componentes de la vigilancia en salud pública (Epidemiológico, Servicios de Salud, Demográfico) y de la Vigilancia Sanitaria (Alimentos y bebidas, Tecnologías en salud y Ambiente), para lo cual el ministerio viene construyendo documentos conceptuales y para la gestión de cada componente.
- Se ha realizado la gestión correspondiente para la implementación y adecuado funcionamiento de las estrategias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Notificación de Casos Predefinidos, Vigilancia Comunitaria, Vigilancia Búsqueda por Registros, Vigilancia por Estudios Poblacionales y de Laboratorio, y Seguimiento a la Gestión de Servicios de Salud), para lo cual el Ministerio realiza actividades rutinarias con el propósito de garantizar la operación de cada estrategia.
- Se ha trabajado en el desarrollo de propuestas y metodologías de análisis de la información de vigilancia, para fortalecer el proceso de análisis e interpretación del Sistema.
- Se ha realizado de manera rutinaria la evaluación de riesgo ante situaciones potenciales o latentes que pueden configurarse en emergencias en salud pública.
- En lo relacionado con la reglamentación para el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se elaboraron y expedieron las siguientes normas:
 - a) Circular Conjunta Externa 0056 del 09 de octubre de 2014 por la cual se establecen los Lineamientos para la Preparación y Respuesta ante la eventual introducción de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) EN Colombia.
 - b) Circular Conjunta Externa 066 del 19 de noviembre de 2014 por la cual se establecen las directrices para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de pólvora para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2014 al 17 de enero de 2015.

- c) Circular Externa Conjunta No.015 del 04 de mayo de 2015: Intensificación de las acciones de vigilancia en Salud Pública para la identificación de casos importados de Sarampión y Rubeola.
- d) Circular Externa No.017 del 05 de mayo de 2015: Intensificación de las acciones de salud pública frente a la vigilancia, prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda.

En el desarrollo de la estrategia: *Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria*, se ha avanzado en lo siguiente:

- En lo relacionado con la reglamentación, se elaboraron y expidieron las siguientes normas:
 - a) Emisión de la Resolución 1619 de 2015, mediante la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad.
 - b) Circular 008 del 27 de febrero de 2015 por la cual se establece el reordenamiento de la Red Nacional de Telecomunicaciones para la Vigilancia en Salud Pública, EL Programa Ampliado de inmunizaciones y otros programas de salud pública y se actualizan los lineamientos para el manejo de la disponibilidad y políticas de buen uso de las tecnologías de la información y comunicación TIC.
 - c) Seguimiento a la ejecución técnica y financiera de los recursos de transferencias nacionales asignadas a las entidades territoriales, para la prevención vigilancia y control de la infección respiratoria, para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control sanitario y en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios, y para el fortalecimiento de la implementación de la norma ISO 17025 en laboratorios de salud pública para acreditar en pruebas o ensayos.

Con relación a la Gestión para el fortalecimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, Centro Nacional de Enlace - CNE y Sanidad Portuaria, se destaca lo siguiente:

- El Centro Nacional de Enlace – CNE continua operando 7 días a la semana, 24 horas al día, como enlace central para el intercambio rápido de información, para la respuesta a las emergencias de salud pública, en conjunto con las 37 Direcciones Territoriales de Salud (32 departamentos y 5 distritos), otras entidades del sector salud y de otros sectores como Ministerio de Ambiente, Agricultura, de Transporte, autoridades migratorias y de aeronáutica civil.
- El Centro Nacional de Enlace mantiene canales permanentes para la recepción de la notificación de eventos de interés en salud pública de importancia nacional e internacional, desde fuentes oficiales de comunicación epidemiológica del sector salud como el Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos – INVIMA, las Direcciones Territoriales de Salud, aeropuertos, puertos marítimos, la red de laboratorios y otras áreas operativas clave de otros sectores. El recibo de la información de la red de notificadores se mantiene las 24 horas por correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo y/o fax.

- Entre el 01 de junio de 2014 y 31 de mayo de 2015, se monitorearon 241 eventos de importancia en salud pública, de los cuales la mayoría fueron de origen infeccioso (134), por inocuidad de alimentos (32), y de origen químico (26), entre otros.
- Se han estado ejecutando acciones para la preparación y respuesta ante la posible introducción por virus del Ébola -EVE al país, entre las cuales se encuentra el trabajo intersectorial con Migración Colombia, Cancillería y AEROCIVIL para reducir el riesgo en la llegada de viajeros internacionales procedentes de las zonas de transmisión activa de EVE; y revisión y actualización de formulario para la inmigración al país y de 27 procedimientos operativos para EVE.
- Se realizaron acciones para la preparación y respuesta ante la introducción por el virus de Chikunguña al país, entre las cuales se encuentran la estimación de los casos esperados con la definición de los niveles de endemividad por municipio, el seguimiento semanal a esas proyecciones, y la definición de una metodología de análisis de casos de mortalidad, entre otras.
- El 22 de mayo se realizó la evaluación de riesgo ante la posible introducción de la enfermedad por el virus Zika al país, llegando a la conclusión que ésta es posible debido a que contamos con las condiciones ambientales y de susceptibilidad del huésped propicias para la transmisión de esta enfermedad.
- Se realizó la actualización de la Red Nacional de Intercomunicación para la Vigilancia en Salud Pública, la actualmente se encuentra conformada por los siguientes recursos tecnológicos e informáticos: a) equipos de telefonía móvil: 147 equipos Smartphone, distribuidos en todo el territorio nacional, los cuales cuentan con plan de voz y datos; b) equipos de cómputo: 3 equipos de cómputo asignados en cada una de las 36 Entidades Territoriales de Salud para un total de 108 Computadores portátiles en todo el territorio nacional; c) módems internet móvil: 2 módems USB de internet móvil asignados en cada una de las 36 Entidades Territoriales de Salud, para un total de 72 módems distribuidos a nivel nacional.

7.4 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes-FNE

El Fondo Nacional de Estupefacientes, realiza las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a través de los siguientes trámites que deben realizar los usuarios ante la Entidad: Inscripciones, Previsiones, Visto Bueno a Licencias de Importación, Certificados de Importación, Liberación y Endoso de Guía Aérea, Inspecciones, Transformaciones y Destrucciones, Formalización de Importación, Certificados de Exportación, Autorización Compras Locales, Visitas de Auditoría a Establecimientos, Estadísticas de Movimientos y Existencias de Sustancias y Productos Fiscalizados. De los anteriores, 11 corresponden a trámites que se adelantan ante la Unidad y su comportamiento entre el 2014 y 2015 se presenta a continuación:

**Cuadro No. 70 - Comportamiento Diferentes Trámites
2014- 2015**

Tipo de Trámite	2014	2015*
Inscripción y relacionadas (ampliación, modificación, renovación y cancelación inscripción)	404	189
Cupos de importación sustancias y productos fiscalizados	232	165
Vistos buenos a licencias de importación VUCE	1524	646
Certificados de importación de estupefacientes, psicotrópicos y precursores	915	403
Liberación y endoso de documentos a de transporte de mercancías a nacionalizar	32	5
Inspección de mercancías a nacionalizar	915	374
Formalización de importación de mercancías fiscalizadas	859	335
Autorización de compra local de sustancias fiscalizadas	125	66
Certificados de exportación de estupefacientes, psicotrópicos y precursores	218	48
Asistencia a procesos de transformación de sustancias fiscalizadas	419	199
Asistencia a Destrucciones de materias primas y medicamentos	163	71

Fuente: Elaboración FNE.

* Cifras a 31 de mayo 2015

De igual manera, la Unidad, en cumplimiento de los compromisos con los Organismos de Control a nivel internacional, presenta de manera oportuna los informes requeridos, dentro de los que se encuentran los siguientes:

Cuadro No. 71 - Informes Presentados

Organismo	Informe	Regularidad
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario A – Informe sobre las importaciones y exportaciones de Estupefacientes	Trimestral
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario AP - Informe sobre las importaciones y exportaciones de Psicotrópicos.	Trimestral
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario C – Informe de estadísticas sobre consumo y existencias de Estupefacientes.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario P – Informe de estadísticas sobre consumo y existencias de Psicotrópicos.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario D – Informe de estadísticas sobre consumo y existencias de Precursores.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario B – Solicitud de previsiones de Estupefacientes.	Anual
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes – JIFE	Formulario BP – Solicitud de previsiones de Psicotrópicos.	Anual
Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas – CICAD	Cuestionario correspondiente al Mecanismo de Evaluación Multilateral a) Diligenciamiento del cuestionario (anual) b) Revisión de la información, y aplicación de las observaciones y recomendaciones realizadas (anual) c) Evaluación y aprobación del siguiente formulario (anual)	Reporte de seguimiento por requerimiento
Comunidad Andina de Naciones – CAN	No existe un formulario específico. No obstante se generaron requerimientos de información por parte de la CAN.	Conforme a requerimiento.
Mercado Común del Sur – MERCOSUR	No existe un formulario específico. No obstante se generaron requerimientos de información por parte de la MERCOSUR. En virtud de la participación de Colombia como país invitado.	Conforme a requerimiento.

Organismo	Informe	Regularidad
Unión de Naciones Suramericanas – UNASUR	No existe un formulario específico. No obstante se generaron requerimientos de información por parte de la UNASUR.	Conforme a requerimiento.
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNDOC	Formulario ARQ – Cuestionario de reportes anuales.	Anual

Fuente: Elaboración FNE