

# Informe al Congreso de la República

## 2016-2017

### Sector Administrativo de Salud y Protección Social

Bogotá, D. C., julio de 2017



**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
Viceministra de Protección Social

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**  
Viceministro ( E ) 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

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

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

**Sandra Liliana Silva Cordero**  
Jefe Oficina de Control Interno

**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**

**Sandra Lorena Girón Vargas**  
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

**Héctor Eduardo Castro Jaramillo**

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**Andrés López Velasco**

Director U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

**VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**

**Diana Isabel Cárdenas Gamboa**

Directora de Financiamiento Sectorial

**Félix Régulo Nates Solano**

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

**José Luis Ortiz Hoyos**

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

**Álvaro Rojas Fuentes**

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

**SECRETARÍA GENERAL**

**Nohora Teresa Villabona Mujica**

Subdirectora de Gestión del Talento Humano

**Martha Ruby Narváez Otero**

Subdirectora de Gestión de Operaciones

**Margarita María Gil Garzon**

Subdirectora Administrativa ( E )

**Manuel José Canencio Maya**

Subdirector Financiero

**Consuelo García Tautivá**

Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

## ENTIDADES ADSCRITAS AL SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

### **Norman Julio Muñoz Muñoz**

Superintendente Nacional de Salud

### **Martha Lucía Ospina Martínez**

Directora Instituto Nacional de Salud–INS

### **Javier Humberto Guzmán Cruz**

Director Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA

### **Claudia Marcela Rojas Daza**

Directora General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

### **Carolina Wiesner Ceballos**

Directora ( E ) General Instituto Nacional de Cancerología

### **Esperanza Inés Rojas Gutiérrez**

Gerente Sanatorio de Agua de Dios

### **Miguel Ángel Jiménez Escobar**

Gerente Sanatorio de Contratación

### **Francisco Álvaro Ramírez Rivera**

Director General Fondo de Previsión Social del Congreso de la República–FONPRECON

### **Jose Jaime Azar Molina**

Director General ( E ) Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

#### **Crédito diseño de la portada:**

Ricardo A. Amórtegui G. (aprobación)

Paola A. Viracachá F. – Contratista Grupo de Comunicaciones (elaboración)

#### **Edición y consolidación:**

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales-OAPES

Mario Fernando Cruz Vargas - Jefe OAPES (aprobación final)

Javier Ricardo Bohórquez G. – Contratista OAPES (edición final y corrección de estilo)

#### **Grupo de Planeación-OAPES**

(consolidación y corrección de estilo)

William Jiménez H.– Coordinador Grupo de Planeación

#### **Introducción del documento:**

Javier Ricardo Bohórquez G.

## Informe al Congreso 2016-2017

### Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. INNOVACIONES NORMATIVAS Y AJUSTES INSTITUCIONALES</b> .....	<b>10</b>
2.1 Avances de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud (LES) .....	10
2.2 MiPrescripción-MIPRES para servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios .....	10
2.3 Mecanismo participativo de definición del plan de beneficios en salud (PBS). Resolución 330 de 2017 .....	22
2.4 Aspectos técnicos, administrativos y financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	22
2.5 Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) .....	45
2.6 Actualización del plan de beneficios en salud y de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) ..	47
2.7 Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación de la UPC .....	50
2.8 Desarrollo de estrategias complementarias .....	50
2.9 Política Farmacéutica Nacional - PFN (CONPES 155 de 2012) .....	51
<b>3. SALUD PÚBLICA</b> .....	<b>55</b>
3.1 Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) .....	55
3.2 Vigilancia en Salud Pública .....	60
3.3 Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI .....	67
3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional .....	71
3.5 Enfermedades transmisibles .....	76
3.6 Enfermedades No Transmisibles (ENT) .....	89
3.7 Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (MCYEVS) .....	96
3.8 Convivencia social y salud mental .....	98
3.9 Dimensión de sexualidad. Derechos sexuales y reproductivos .....	101
3.10 Curso de vida .....	109
3.11 Salud ambiental .....	116
<b>4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CALIDAD</b> .....	<b>123</b>
4.1 Infraestructura hospitalaria y dotación .....	123
4.2 Redes integrales de prestadores de servicios de salud .....	124
4.3 Sistema Único de Habilitación .....	126
4.4 Sistema Único de Acreditación .....	126
4.5 Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud .....	127
4.6 Telemedicina .....	129
4.7 Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud .....	130
4.8 Sistema de Evaluación de Actores .....	131
4.9 Guías de Práctica Clínica .....	134
4.10 Apoyo a la implementación y desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud .....	135
4.11 Fortalecimiento de la calidad y pertinencia de la formación del talento humano en salud .....	136
4.12 Fortalecimiento de las profesiones y mejoramiento de las condiciones de ejercicio y desempeño .....	137
4.13 Prevención y atención de emergencias y desastres .....	139

<b>5. PROMOCIÓN SOCIAL</b> .....	<b>145</b>
5.1 Víctimas del conflicto armado (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI) .....	145
5.2 Población con discapacidad .....	150
5.3 Población inimputable por trastorno mental .....	152
5.4 Mujer y género.....	152
5.5 Persona mayor, vejez y familia.....	152
5.6 Grupos étnicos .....	154
5.7 Habitante de la calle.....	156
<b>6. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	<b>158</b>
6.1 Acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas por el INVIMA.....	158
6.2 Acciones de IVC del Instituto Nacional de Salud-INS .....	162
6.3 Acciones de IVC de la Superintendencia Nacional de Salud - SUPERSALUD .....	167
6.4 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes-FNE.....	170
<b>7. GESTIÓN SECTORIAL</b> .....	<b>172</b>
7.1 Ejecución presupuestal del sector.....	172
7.2 Otras acciones institucionales de gestión.....	175

## 1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República el informe correspondiente al sector que encabeza, el cual contiene los principales resultados de la gestión realizada durante el periodo comprendido entre junio de 2016 y mayo de 2017, con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en la Constitución Política de Colombia la cual estipula 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 (...)”.

Es preciso mencionar que en distintos escenarios nacionales e internacionales se ha reconocido que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, después de más de veinte años de expedida la Ley 100 de 1993, ha sido el mayor logro que ha tenido el país en materia social.

Durante las últimas décadas, Colombia ha avanzado con éxito –y de manera más profunda que muchos países de la región y de un similar nivel de desarrollo– en la cobertura universal, el acceso equitativo, la protección financiera, el acceso a medicamentos y vacunas (por citar algunos de los logros más destacados), lo que ha tenido consecuencias positivas en el estado de salud de la población y su bienestar. Estos avances han demandado, además de tiempo, acuerdos sociales, determinación política y mayores recursos para su sostenibilidad; a su vez, invita a hacer un uso cada vez más eficiente de los mismos.

Ante la crisis financiera del SGSSS “se puede decir que lo peor ya quedó atrás<sup>1</sup>. Es un momento de transición y recuperación. El sistema de salud colombiano será lo que tiene que ser: un orgullo para Colombia y un ejemplo para la región. Existen, al menos, diez razones de optimismo sobre el sistema:

- Primera razón: los mejores resultados en salud. La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud mostró, por ejemplo, una disminución sustancial en la mortalidad infantil y el embarazo adolescente, entre otras variables. La mayoría de los indicadores trazadores de salud pública ha mejorado en los últimos años. La disminución de la pobreza, la mejoría en las condiciones sociales, el aumento de las coberturas de aseguramiento han redundado en una mejor salud para los colombianos.
- Segunda razón: la consolidación institucional del sector. Con la creación de ADRES culminó un proceso de fortalecimiento institucional del sector. Las funciones regulatorias se han tecnificado. Varios instrumentos financieros, desde la compra de cartera hasta los bonos convertibles en acciones, se han puesto en práctica. Todas las cabezas de las instituciones han llegado por mérito. La politiquería está en retirada. Se ha consolidado una suerte de fortín tecnocrático. En suma, la rectoría se ha fortalecido.
- Tercera: la depuración sectorial. Las liquidaciones de Selvasalud, Saludcondor, Solsalud, Manexka, Humanavivir, Goldengroup, Caprecom y Saludcoop han tenido consecuencias financieras sustanciales y previsibles. Pero hoy existe una ruta de recuperación marcada por el Decreto 2702 de 2014. La venta de

---

<sup>1</sup> Tomado de GAVIRIA URIBE, Alejandro. 24° Foro Farmacéutico de la ANDI, junio 15 de 2017 (algunas citas no textuales).

Cafesalud permitirá pasar una página de desazón e incertidumbre. Las fusiones marcarán la pauta en los próximos años. Las realidades económicas dictarán algunas realidades regulatorias. El sector seguirá cambiando. Pero la recuperación es ya una realidad vislumbrable, un hecho no solo posible, sino también probable.

- Cuarta: la mayor coherencia en la definición de los beneficios. Uno de los problemas históricos del sistema ha sido la falta de claridad sobre sus beneficios y la falta de coherencia entre los beneficios ofrecidos y recursos dispuestos. La reglamentación de la Ley Estatutaria ha permitido avanzar en el sentido de la coherencia. Hoy se puede hablar de tres capas distintas. La primera comprende los beneficios que garantizan la protección colectiva del derecho a la salud, financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC). La segunda, los beneficios que garantizan la protección individual del derecho, ordenados mediante el aplicativo MIPRES y financiados directamente con recursos públicos. Y la tercera las exclusiones, las cuales deben cumplir los criterios establecidos en la ley y surtir una discusión con expertos y pacientes. El sector se está moviendo, por primer vez en años, en el sentido de la coherencia. Para consolidar este proceso, faltan algunas cosas. Por ejemplo, una reforma a la Ley 715 de 2001 que unifique, para los regímenes Contributivo y Subsidiado, los pagos ordenados por MIPRES y elimine las incertidumbres actuales.
- Quinta: el fortalecimiento de la política farmacéutica. En los últimos años se ha avanzado decididamente en la consolidación de la política farmacéutica. Hace siete años, la política farmacéutica era apenas una idea, un conjunto de intenciones. Hoy es ya una política con resultados concretos y legitimidad social. El control de precios, las compras centralizadas, los avances en la promoción de la competencia y la transparencia han aportado a la sostenibilidad del sistema y a la democratización del acceso. Se trata de buscar un equilibrio que privilegie lo colectivo sobre lo individual.
- Sexta: la garantía del financiamiento. La Ley Estatutaria tiene una implicación fundamental: el cierre financiero del sector debe estar garantizado. La última reforma tributaria garantizó recursos sustanciales.
- Séptima: la preponderancia de los modelos de atención. Los experimentos de Guainía, de Antioquia con Saviasalud, de Bogotá, de varios municipios del Cauca, de algunas EPS y muchos otros más, sugieren que el sistema se está transformado de abajo hacia arriba, que el MIAS (o Modelo Integral de Atención en Salud) está siendo adoptado e interiorizado. La verdadera reforma a la salud se construye desde la prestación básica hacia arriba y no en sentido contrario. También existe hoy mayor conciencia sobre la necesidad de trabajar en redes y de poner en práctica mecanismos de pago innovadores.
- Octava: el progreso en las políticas de prevención. La aprobación de los impuestos al tabaco, reconocida recientemente por la OMS, la discusión sobre los impuestos a las bebidas azucaradas y el relanzamiento de la vacuna contra el VPH, entre otras medidas, constituyen un avance significativo en las políticas preventivas. Las bases están sentadas para que Colombia se convierta en un ejemplo de intervenciones de salud pública en toda la región.
- Novena: mayor convergencia de opiniones entre los agentes del sector, en los organismos de control y en las altas cortes o una tendencia a la búsqueda de acuerdos posibles y consensos parciales para enfrentar un problema complejo de acción colectiva a resolver entre todos.
- Décima y última razón. Se tiene de sobra talento y empuje para salir adelante, para mostrar al mundo entero un ejemplo de construcción de equidad y bienestar y construir un mejor sistema de salud.”

En el marco de lo anteriormente expuesto, el presente informe contiene los resultados más destacados del último año, los cuales se dividen en siete (7) secciones. La primera es la presente introducción. En la segunda sección se exponen los ajustes e innovaciones normativas desarrollados en el periodo. La salud pública se describe en la sección tercera. La cuarta sección contiene lo relacionado con la prestación de los servicios. Lo correspondiente a la promoción social es presentado en la quinta sección. La sexta sección describe las actividades desarrolladas en cuanto a la inspección, vigilancia y control. Finalmente, se expone lo correspondiente a la gestión sectorial (sección séptima).

## 2. INNOVACIONES NORMATIVAS Y AJUSTES INSTITUCIONALES

### 2.1 Avances de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud (LES)

Con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, y tomando como referente lo establecido en el artículo 15, este Ministerio, desde el año 2015, emprendió la tarea de construir, conjuntamente con los demás actores que intervienen en el Sistema de Salud, el procedimiento técnico científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente (PTC), para la definición de los servicios y tecnologías que no serían financiados con los recursos públicos asignados a la salud, labor que fue adelantada con base en la herramienta establecida en la Circular 060 de 2015.

Resultado de dicha labor, el pasado 14 de febrero de 2017, se expidió la Resolución 0330, mediante la cual se “(...) *adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones.*”.

De otra parte, el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, que estableció el deber de los agentes del Sistema de suministrar la información que requiera este Ministerio, en los términos y condiciones que se determinen, en el contexto de la política para el manejo de la información en salud en cuya aplicación se enmarca la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.

En cumplimiento de lo anterior, el 23 de agosto de 2016, se expidió la Resolución 3804 de 2016, "*Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS*", en desarrollo de los principios de participación social y transparencia que rigen el sector, estableciendo el procedimiento para la actualización de CUPS, de manera que permita la participación de los diferentes actores que intervienen en el Sistema de Salud, contribuyendo al desarrollo del sistema integral de información, proveyendo un lenguaje homogéneo, conforme lo requiere la práctica clínica actual en el territorio nacional.

### 2.2 MiPrescripción-MIPRES, para servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y atendiendo lo dispuesto por la Corte Constitucional en el Auto de Seguimiento No. 071 de 2016, expidió la Resolución No.1328 de 2016, "*Por el cual el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación*".

Mediante dicha resolución se eliminó el trámite ante el Comité Técnico Científico y se reemplazó por una herramienta en línea, diseñada para prescribir los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios del régimen Contributivo, financiado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, denominada MI PRESCRIPCIÓN - MIPRES, la cual debía ser implementada progresivamente por las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y las Entidades Obligadas a Compensar - EOC.

Así mismo, la citada resolución señala el procedimiento para el acceso, suministro, verificación, control y fija, además, los requerimientos, términos, condiciones y mecanismos para la presentación de recobros ante el FOSYGA.

Debido a los cambios previstos en la resolución frente a las anteriores que reglamentaban el procedimiento de recobro ante el FOSYGA, fue necesario realizar socializaciones y capacitaciones con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre MIPRES.

En el marco de esas socializaciones y retroalimentaciones, así como en las comunicaciones remitidas por los actores, se identificaron recomendaciones y sugerencias que, una vez evaluados por este Ministerio, resultaban pertinentes, razón por la cual se evidenció la necesidad de modificar dicha Resolución, para precisar algunos procedimientos y responsabilidades.

En este sentido, la mencionada Resolución se sustituyó de forma integral con la Resolución 3951 de 2016, cuyo plan de adaptación y transitoriedad se modificó en las Resoluciones 5884 de 2016 y 532 de 2017 con el propósito de brindar la garantía en el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC.

De acuerdo con lo anterior, el presente informe da cuenta de los siguientes aspectos: **i) Ventajas del nuevo mecanismo de prescripción MIPRESCRIPCIÓN – “MIPRES”** **ii) Las socializaciones realizadas;** y **iii) los resultados obtenidos durante el proceso de implementación del aplicativo MIPRES.**

### **Ventajas del nuevo mecanismo de prescripción MIPRESCRIPCIÓN – “MIPRES”**

El aplicativo denominado “MIPRES”, está concebido para registrar y reportar de manera directa (sin mediación de ninguna instancia ni aprobación de ningún actor adicional), por los profesionales de la salud, las prescripciones de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Dentro de este grupo de prestaciones se encuentra los servicios complementarios, los de soporte nutricional y los medicamentos cuya indicación no cuenta con registro sanitario del INVIMA y que hacen parte de los reportes contruidos con la información remitida por las Sociedades Científicas o que estén incluidas en el listado de los Usos no incluidos en el registro sanitario – UNIRS. En estos tres (3) casos, además de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, se requiere concepto de la Junta de profesionales de la salud, que funcione en la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, con el objetivo de analizar la pertinencia y la necesidad de los servicios.

De manera adicional, el aplicativo “MIPRES” prevé dos (2) funcionalidades; una, para la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallo judicial, cuyo registro se encuentra a cargo de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud – EPS, y otra, para el diligenciamiento de las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud – IPS, cuya responsabilidad está a cargo de las Instituciones.

Así mismo, el aplicativo cuenta con una funcionalidad que permite a las EPS reportar la información del suministro los servicios y tecnologías prescritas por los profesionales de la salud y efectivamente entregadas a los usuarios.

De acuerdo con lo anterior, “MIPRES” tiene la capacidad de registrar todas las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud, así como aquellas ordenadas a través de fallo judicial y las avaladas por las Juntas, lo cual permitirá conocer en tiempo real los servicios y tecnologías que están siendo demandados por los afiliados al régimen contributivo. Es importante resaltar, que las entidades territoriales que en virtud de sus facultades constitucionales quieran adoptar el mecanismo, lo pueden hacer y cuentan con el apoyo técnico del Ministerio.

Como resultado, la implementación de “MIPRES” ha permitido disminuir los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, con lo cual se espera que los servicios se brinden con mayor oportunidad a los usuarios.

## **Socializaciones**

En virtud de la Resolución 1328 de 2016, posteriormente derogada integralmente por la Resolución 3951 de 2016, la cual fue modificada por las Resoluciones 5884 de 2016 y 532 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha realizado jornadas de socialización y retroalimentación con tres enfoques así: **i)** con el apoyo de Colombia Saludable y otras organizaciones de pacientes, así como por iniciativa propia, realizó jornadas masivas en las principales ciudades del país en las cuales se contó con la asistencia de líderes de usuarios, profesionales de la salud, IPS, EPS, Industria Farmacéutica, Sociedades Científicas, entre otros, **ii)** asistencia técnica personalizada para atender solicitudes específicas de los distintos actores y **iii)** videoconferencias para brindar asesoría a las IPS de todo el territorio nacional.

Mediante estos procesos se logró capacitar a 6.621 personas, en 43 jornadas de socialización y 45 asistencias técnicas, llegando a 508 IPS, 25 EPS, 29 laboratorios farmacéuticos, 12 entidades territoriales y 7 sociedades científicas y agremiaciones.

Cabe señalar que este Ministerio continúa realizando jornadas de socialización y asistencia técnica, específicamente: **i)** Talleres prácticos, generales y específicos, con las EPS e IPS para resolver las dudas que surgen de la implementación de MIPRES, del procedimiento establecido en la Resolución 3951 de 2016 y del correcto direccionamiento de los usuarios; **ii)** Visitas específicas a las EPS e IPS para verificar la implementación del procedimiento, el suministro de los servicios y tecnologías, la operación del aplicativo y su manejo por parte de los profesionales de salud; así como los trámites adelantados para el suministro de los servicios y tecnologías a los usuarios, la operación de las Juntas de Profesionales de Salud, la transcripciones de los fallos de tutela y formularios de contingencia, entre otros asuntos; **iii)** Reuniones con la industria farmacéutica, agremiaciones y organizaciones sociales, para presentar el estado de la implementación de MIPRES, sus avances, los resultados y las oportunidades de mejora identificadas por el Ministerio, las EPS, las IPS y los usuarios. De igual manera, se han realizado capacitaciones al personal de la Superintendencia Nacional de Salud, tanto para los funcionarios que desarrollan la labor de inspección, vigilancia y control, como para aquellos que reciben quejas de usuarios para que los puedan atender de manera adecuada.

## **Resultados del proceso de implementación de la herramienta MIPRES**

La Resolución 3951 de 2016 entró en vigencia el 1 de diciembre de 2016 y en el marco del plan de adaptación que las entidades requerían adoptar, la implementación de MIPRES inició de manera gradual en esa fecha, para lo cual todas las EPS del régimen contributivo debían activar en la plataforma como mínimo una IPS de su red, para que con esta se iniciara el proceso de prescripción y reporte. La etapa de transición se estableció entre el 1º de diciembre de 2016 y el 1 de abril de 2017, período en el cual, todas las IPS, de manera progresivamente, debían ser activadas por las EPS en MIPRES e iniciar la prescripción de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC; la fecha de activación de cada entidad, se realizaba de acuerdo con la adecuación tecnológica, operativa y administrativa requerida.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se presentan los resultados de la implementación de la herramienta MIPRES a partir del 1 de diciembre de 2016 al 21 de mayo de 2017. Dichos resultados se presentan en la estructura:

i) Resultados generales; ii) Prescripciones realizadas por tipo de servicios o tecnologías en salud; iii) Prescripciones analizadas por la junta de profesionales de la salud y iv) Garantía de suministro y razones asociadas a la no entrega de servicios y tecnologías.

## Resultados generales

Al 21 de mayo del 2017, el aplicativo MIPRES está siendo utilizado en los 32 departamentos, específicamente, en 286 municipios alcanzando una cobertura del 100%, con un incremento del 9%, una vez la medida se hizo obligatoria. Actualmente, MIPRES no sólo lo utilizan las EPS con afiliados al régimen contributivo, sino también aquellas que en virtud de movilidad, deben garantizar la prestación de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

A continuación, se presenta el comportamiento de los actores y variables que están prescribiendo en MIPRES.

**Tabla No. 1 Comportamiento mensual nuevos eventos**

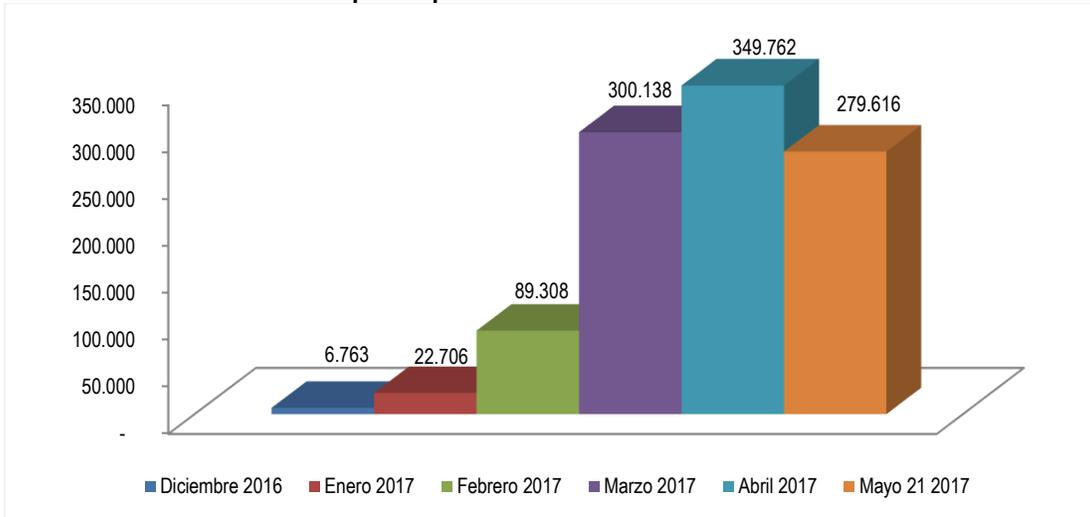
COMPORTAMIENTO MENSUAL - EVENTOS NUEVOS	Dato Mensual (Corte)						ACUMULADO A MAYO 21/2017
	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 21 2017	
PRESCRIBIENDO EN MIPRES	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
Departamentos	10	8	9	2	3	-	32
Municipios	20	42	59	67	65	33	286
EPS	12	5	6	8	6	1	38
IPS (Persona Jurídica)	16	16	226	448	453	158	1.317
IPS - Profesional Independiente	-	-	65	231	359	232	887
Prescriptores	484	1.192	4.948	12.258	6.596	2.825	28.303
Pacientes	5.751	19.037	70.427	218.527	221.083	155.345	690.170
Prescripciones	6.763	22.706	89.308	300.138	349.762	279.616	1.048.293

Fuente. MIPRES Corte Mayo-21

Desde el 1 de diciembre del 2016 al 21 de mayo del 2017, a través de MIPRES, 28.303 profesionales de la salud, han prescrito 1.048.293 servicios y tecnologías para 690.170 usuarios. Del total de prescripciones, el 40% fue realizado en vigencia del período de transición (diciembre 2016 – marzo 2017), el 33% en abril y el 27% en mayo, meses en los que ya es obligatorio el uso del aplicativo MIPRES para la prescripción.

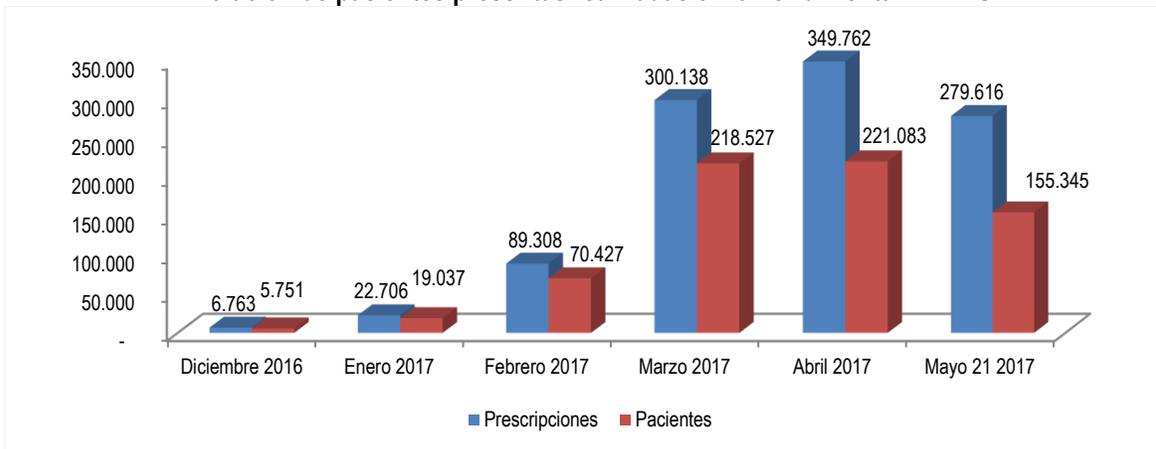
En la siguiente gráfica se presenta la evolución de los pacientes que se han beneficiado de las prescripciones efectuados por MIPRES. De estos datos, resulta relevante señalar que en abril se beneficiaron 221.083 pacientes y en lo corrido de mayo, 155.345 pacientes; entre tanto, en la vigencia 2016, mensualmente, en promedio, de acuerdo con la información de recobros del FOSYGA, 266.345 usuarios fueron prescritos y se debía adelantar trámite ante el CTC. Con las cifras de abril y de mayo, se evidencia que el aplicativo ya está soportando la prescripción de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

**Gráfico No. 1**  
**Evolución de las prescripciones realizadas en la herramienta MIPRES**



Fuente. MIPRES Corte Mayo-21

**Gráfico No. 2**  
**Evolución de pacientes prescritas realizadas en la herramienta MIPRES**



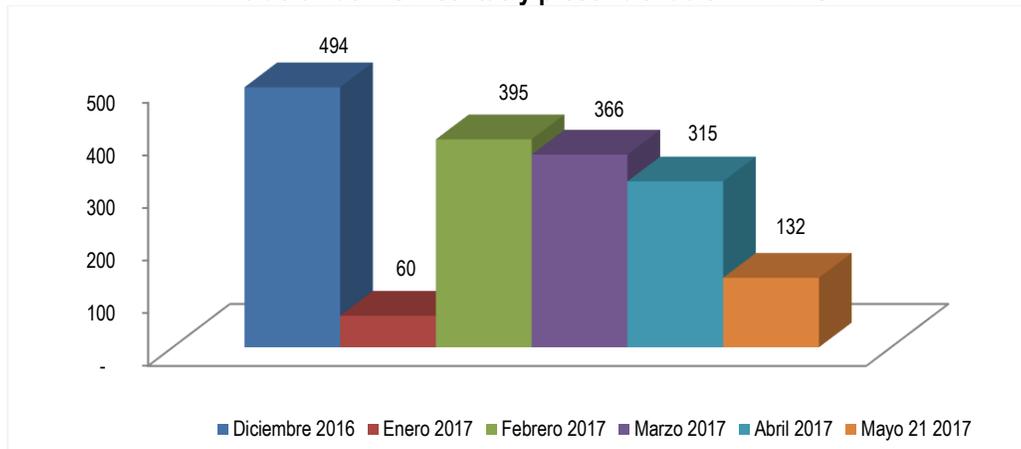
Fuente. MIPRES Corte Mayo-21

Tal y como se evidencia en la gráfica anterior, se presenta una relación aproximada de 1,5 prescripciones por cada paciente.

En la herramienta MIPRES se encuentran inscritas 1.762 IPS, de las cuales 1.317, se encuentran prescribiendo a través de la herramienta. En la gráfica a continuación se presenta el detalle de la inscripción y la prescripción de las IPS.

**Gráfico No. 3**

### Evolución de IPS inscritas y prescribiendo en MIPRES



Fuente. MIPRES Corte Mayo-21

El 75% de la inscripción de las IPS, se realizó en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2016 y el 31 de marzo de 2017; periodo que fue de transición, en el que se debió implementar un plan de adaptación conforme a los criterios establecidos en la normativa; el 18% en el mes de abril y el 7% en lo corrido del mes de mayo, meses en los que la herramienta MIPRES es de carácter obligatoria para las prescripciones realizadas a los afiliados del régimen contributivo.

### Prescripciones realizadas por tipo de servicios o tecnologías en salud.

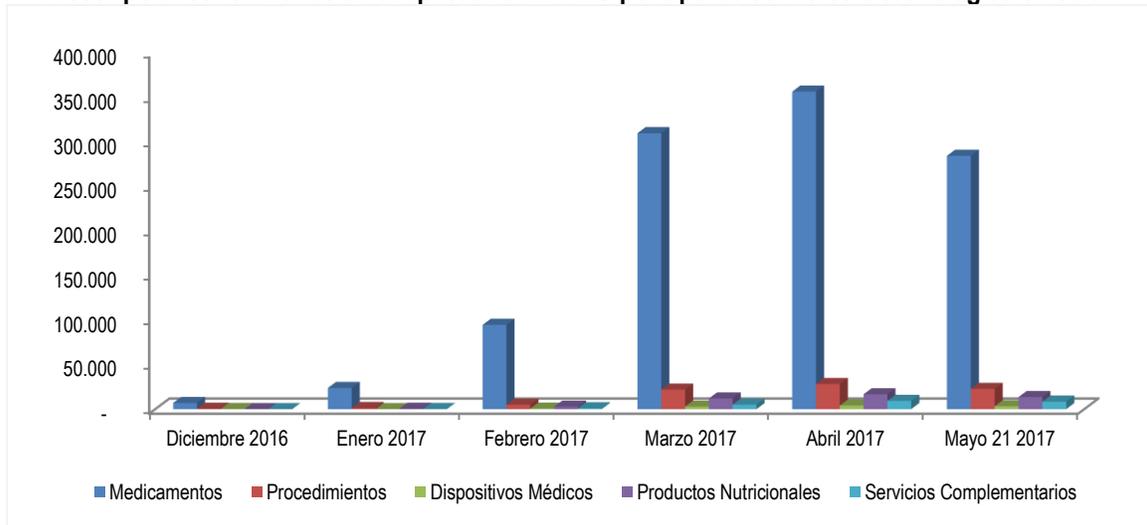
Para efectos de comprender el impacto de las prescripciones realizadas en MIPRES, se debe considerar que este nuevo modelo involucra un conjunto de reglas que resultan del necesario direccionamiento y organización que el Ministerio debe dar a la administración de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. Para este conjunto de prestaciones, el profesional de la salud, en ejercicio de su autonomía médica, es quien determina la necesidad, teniendo en cuenta la previa utilización del conjunto de tecnologías de salud garantizadas y financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

MIPRES está concebido para registrar y reportar dichas prescripciones, las cuales se clasifican así:

1. Medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, que se encuentran debidamente registrados ante el INVIMA, que se encuentran en el listado de medicamentos vitales no disponibles o aquellos que deben ser suministrados en preparación magistral.
2. Procedimientos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, que cuentan con Codificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS. En este caso, se precisa que se entienden incluidos en los procedimientos los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requiere la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
3. Insumos y dispositivos que exceden la cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
4. Servicios complementarios, es decir, aquellos que si bien no pertenecen al ámbito de la salud, ya que no son elementos diagnósticos ni terapéuticos, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.
5. Soporte nutricional, correspondiente a los alimentos con propósito médico especial registrados de esa manera ante el INVIMA.

6. Medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario – UNIRS, que requieren ser utilizados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 532 de 2017.

**Gráfico No. 4**  
**Prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES por tipo de servicios o tecnologías en salud**



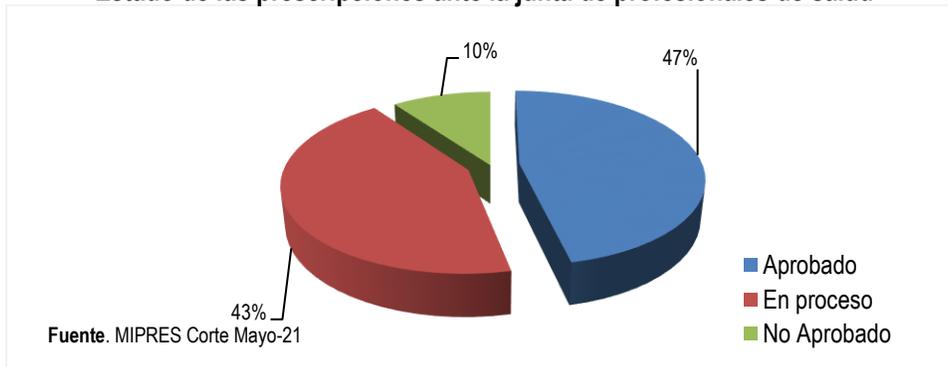
Fuente. MIPRES Corte Mayo-21

Durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2016 y el 21 de mayo de 2017, se han prescrito 1.293.313 servicios o tecnologías en salud, de las cuales el 87% corresponden a medicamentos, 6,5% a procedimientos, 3,9% a productos nutricionales, 2,0% a servicios complementarios y el 0,9% a dispositivos médicos (Gráfico No. 4).

**Prescripciones analizadas por la junta de profesionales de la salud.**

Del total de prescripciones realizadas al 21 de mayo de 2017, 64.435 prestaciones han sido analizadas por las Juntas de Profesionales de la Salud de las IPS, lo que representa el 6% del total de prescripciones realizadas a través de MIPRES. Lo anterior indica que el 94% de las prescripciones se han efectuado de manera directa por los profesionales de la salud. El estado de las prescripciones ante las Juntas de Profesionales de la Salud se detalla en la Gráfica No. 5.

**Gráfico No. 5**  
**Estado de las prescripciones ante la junta de profesionales de salud**



Fuente. MIPRES Corte Mayo-21

## Garantía de suministro y razones asociadas a la no entrega de servicios y tecnologías

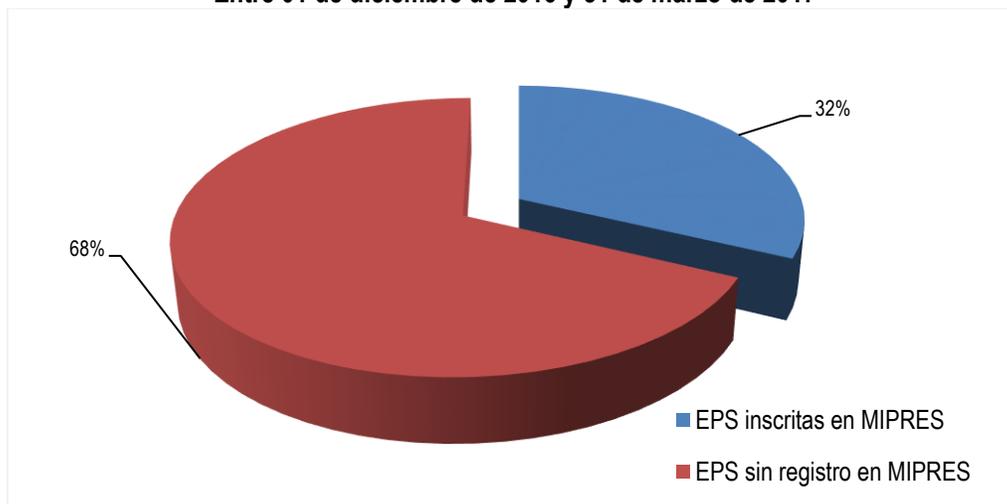
Del total de prescripciones reportadas por las EPS, con información de su suministro, se evidencia que el 93.7% ha sido suministrado efectivamente a los pacientes y el 6.3% no ha sido entregado, y según la explicación de las aseguradoras, esto obedece principalmente, a que el uso del medicamento para el que fue formulado no se encuentra registrado ante el INVIMA o que el paciente ya cuenta con otra prescripción para la misma tecnología.

## Evolución entre la fase de adaptación y el uso obligatorio de la herramienta

Teniendo en cuenta la gradualidad en la implementación de la Resolución 3951 de 2016, se presentan a continuación algunas cifras discriminadas, donde se evidencia la ampliación de cobertura y uso de la herramienta entre el 1 de diciembre de 2016 y el 31 de marzo de 2017, frente a las cifras reportadas desde esa fecha, hasta el 21 de mayo de 2017, así:

- i. **Entre 1 de diciembre de 2016 y 31 de marzo de 2017.** En este periodo el uso del aplicativo era opcional de acuerdo con las adaptaciones tecnológicas. Para este periodo se presentan los siguientes datos:
  - *Distribución geográfica:* Se encontraron registros en 29 de los 32 departamentos. Con un indicador de cobertura por distribución geográfica de 91%.
  - *Entidades Promotoras de Salud-EPS:* 21 EPS, contaban con usuario y clave de acceso a la plataforma MIPRES. No obstante lo anterior, 31 EPS, tenían usuarios con prescripciones activas en su sistema, lo anterior significa que 10 EPS, no habían realizado a la fecha su registro en MIPRES.

**Gráfico No. 6**  
**EPS inscritas en Mipres**  
**Entre 01 de diciembre de 2016 y 31 de marzo de 2017**



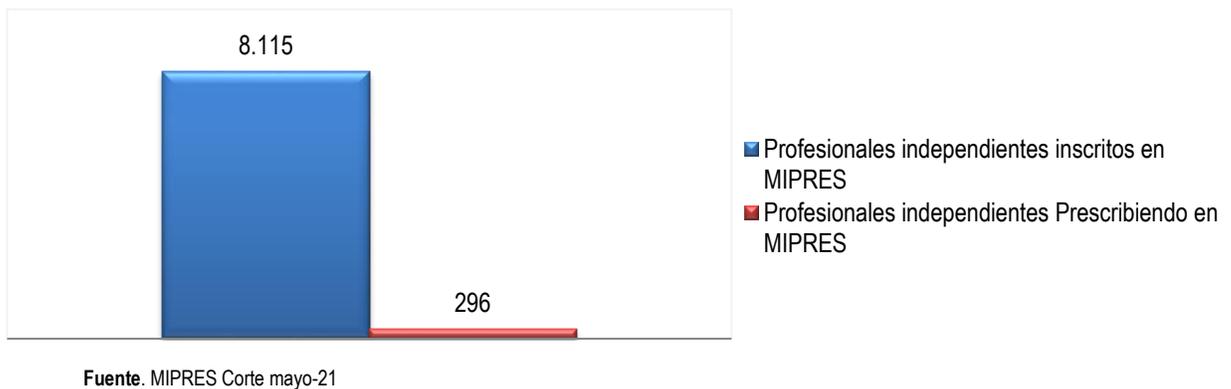
Fuente. MIPRES Corte mayo-21

- *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS (Personas Jurídicas):* Se encontraban en MIPRES 1.315 IPS, de las cuales 706 correspondientes a 1.573 sedes, registrando prescripciones en el rango de fecha citado. Presentándose un indicador de prescripción activa por IPS del 54%.

**Gráfico No. 7**  
**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS en Mipres**  
**Entre 01 de diciembre de 2016 y 31 de marzo de 2017**

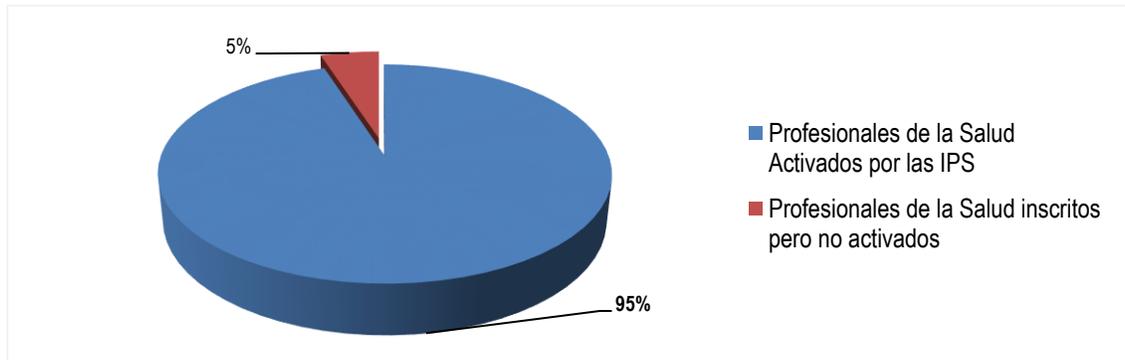


**Gráfico No. 8**  
**Profesionales Independientes en Mipres**  
**Entre 01 de diciembre de 2016 y 31 de marzo de 2017**



- *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS (Profesionales Independientes):* 8.115 profesionales independientes inscritos, de los cuales prescribieron activamente para las fechas en mención 296, distribuidos en 302 sedes, es decir, que para este periodo se registró un indicador de prescripción activa por Profesional de la Salud independiente del 3,6%.
- *Profesionales de la Salud – Prescriptores:* 46.969 profesionales de la salud se encontraban inscritos para el uso de la herramienta, con usuario y claves de acceso, de los cuales, 44.504 profesionales, correspondientes al 95% de los inicialmente inscritos fueron activados por las IPS para prescribir. De los profesionales inscritos para prescribir, 18.883 prescribieron activamente en dichas fechas, es decir, que para el periodo de tiempo señalado el indicador de profesionales de la salud prescribiendo activamente frente a las inscripciones solicitadas era del 40%.

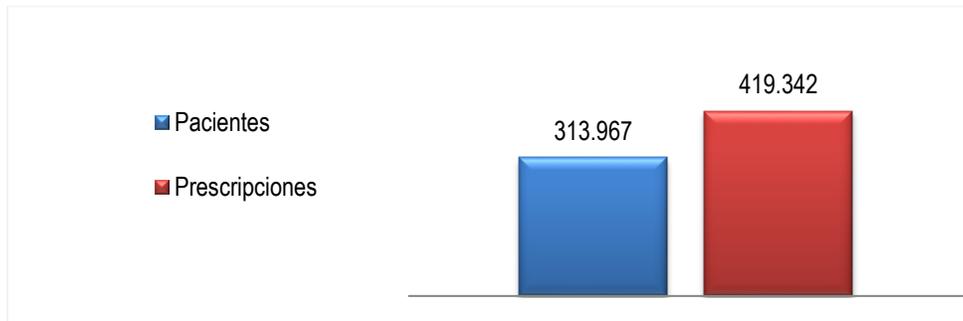
**Gráfico No. 9**  
**Profesionales Prescriptores**  
**Entre 01 de diciembre de 2016 y 31 de marzo de 2017**



Fuente. MIPRES Corte mayo-21.

- *Usuarios y prescripciones realizadas:* Se reportaron 313.967 pacientes, a los cuales se les realizó una prescripción, para un total de 419.342 formulaciones en MIPRES.

**Gráfico No. 10**  
**Usuarios y Prescripciones Realizadas**  
**Entre 01 de diciembre de 2016 y 31 de marzo de 2017**

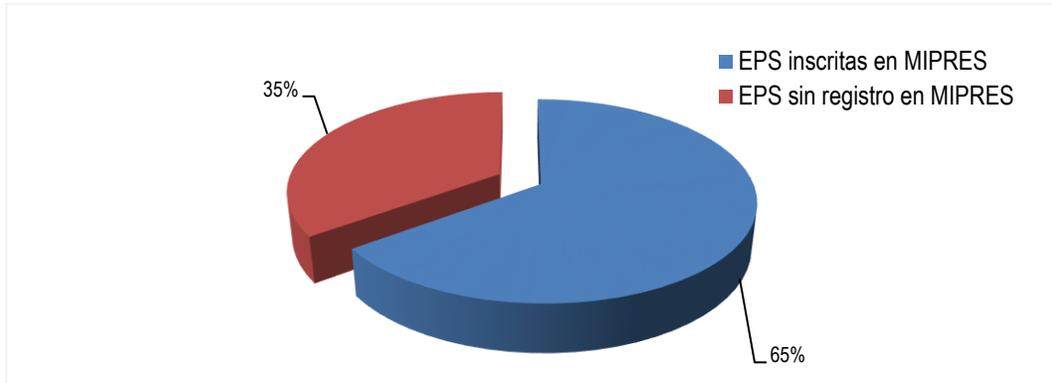


Fuente. MIPRES Corte mayo-21.

ii. **Del 1 al 30 de abril de 2017.** En este periodo el uso del aplicativo era obligatorio. A continuación se presentan las cifras que demuestran el incremento respecto al periodo de adaptación, donde el uso del aplicativo era opcional.

- *Distribución geográfica:* Se encontraron registros en 32 departamentos, alcanzando una cobertura del 100%, con un incremento del 9%, una vez la medida se hizo obligatoria.
- *Entidades Promotoras de Salud-EPS:* 24 EPS cuentan con usuario y clave de acceso a la plataforma MIPRES. No obstante lo anterior, 37 EPS tienen usuarios con prescripciones activas en su sistema, lo anterior significa que 13 EPS no han realizado a la fecha su registro en MIPRES.

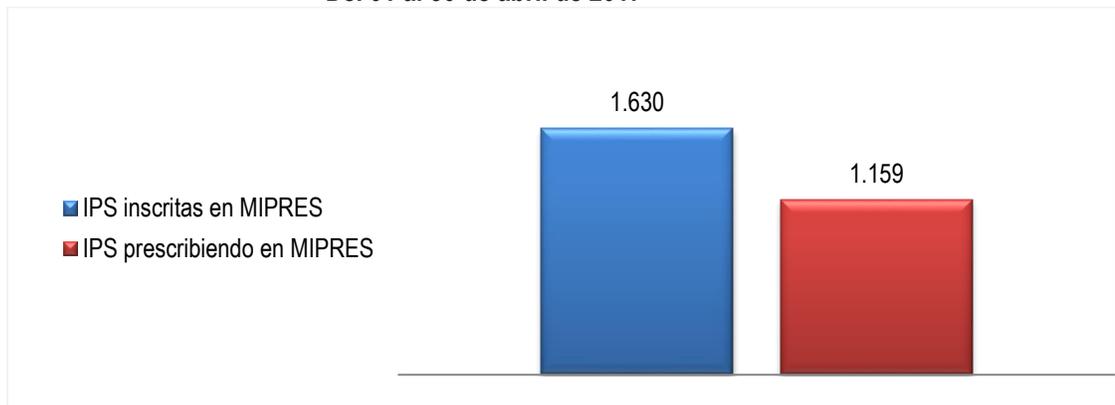
**Gráfico No. 11**  
**EPS INSCRITAS EN MIPRES - Del 01 al 30 de abril de 2017**



Fuente. MIPRES Corte mayo-21.

- *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS (Personas Jurídicas)*: Se sumaron a MIPRES 453 IPS, correspondientes a 692 sedes, para un total de 1.159 IPS prescribiendo activamente, alcanzando así un indicador de prescripción activa por IPS del 71% y un incremento del 17%, una vez la medida se hizo obligatoria.

**Gráfico No. 12**  
**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS en Mipres**  
**Del 01 al 30 de abril de 2017**

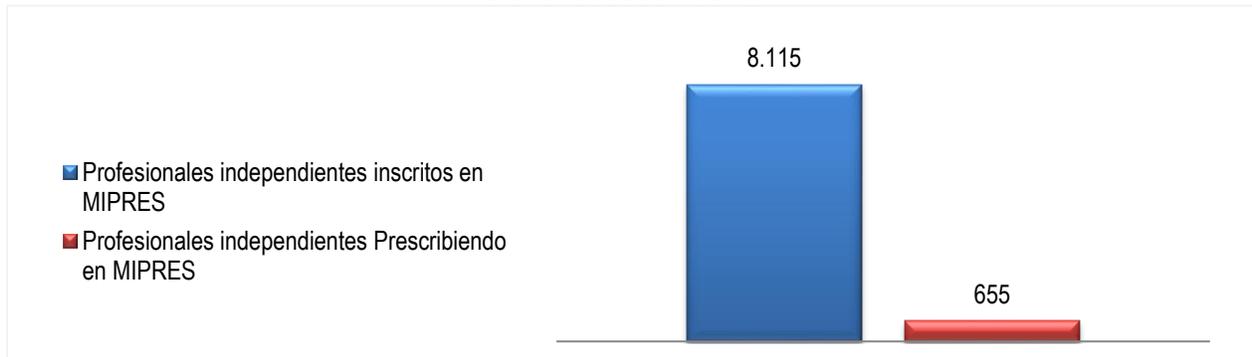


Fuente. MIPRES Corte mayo-21.

- *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS (Profesionales Independientes)*: 359 profesionales independientes se sumaron a prescribir en MIPRES, pasando de 259 profesionales a 655, correspondientes a 372 sedes. En este sentido, el indicador de prescripción activa por Profesional de la Salud independiente actualmente es del 7,4% y el incremento frente a la fase de adaptación es del 3,8%.

**Gráfico No. 13**

**Profesionales Independientes en Mipres  
Del 01 al 30 de abril de 2017**



Fuente. MIPRES Corte mayo-21.

- *Profesionales de la Salud – Prescriptores:* Obtuvieron usuario y claves de acceso 4.570 profesionales adicionales, llegando a 51.539 inscritos en MIPRES, de igual manera, se presentó un incremento del número de profesionales activados por parte de las IPS, pasando de 44.504 a 48.049. Adicionalmente se sumaron al uso de MIPRES 6.600, para un total 25.483 profesionales usando el aplicativo. Indicador de profesionales de la salud prescribiendo activamente frente a las inscripciones solicitadas: 49%. Incremento: 9%.

**Gráfico No. 14  
Profesionales Prescriptores  
Del 01 al 30 de abril de 2017**



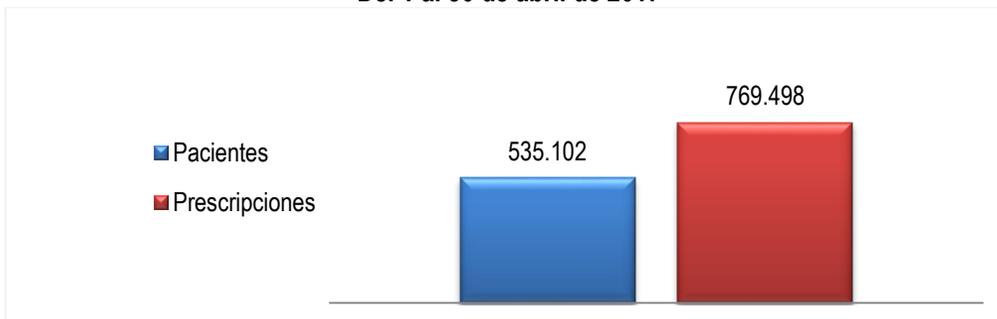
Fuente. MIPRES Corte mayo-21.

- *Usuarios y prescripciones realizadas:* Se encontraron 535.102 pacientes a los cuales se les realizó una prescripción, es decir, 221.135 nuevos usuarios, para un total de 769.498 formulaciones en MIPRES.

Teniendo en cuenta los anteriores resultados, es posible concluir que se está avanzando positivamente con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hacia la obligatoriedad del uso de la herramienta y que su implementación total será un logro determinante, no sólo para preservar la autonomía médica, sino también para la eliminación de las barreras de acceso que se señalaban frente a los Comités Técnico Científicos.

**Gráfico No. 15  
Usuarios y Prescripciones Realizadas**

Del 1 al 30 de abril de 2017



Fuente: MIPRES Corte mayo-21.

### 2.3 Mecanismo participativo de definición del plan de beneficios en salud (PBS), Res.330 de 2017

Para la construcción del procedimiento técnico-científico adoptado mediante la Resolución 0330 de 2017, este Ministerio, en el marco de la Estrategia de Participación Ciudadana desarrollada con la Circular 060 de 2015, estructuró el procedimiento a partir de las siguientes cuatro (4) fases:

- *Fase de nominación y priorización.* Consiste en la identificación de las tecnologías y servicios en salud previa asociación a uno de los criterios de exclusión por parte de los actores del sistema; la divulgación y comunicación para objeciones, observaciones o aportes, análisis; y la priorización de las nominaciones.
- *Fase de análisis técnico-científico.* Inicia con la revisión de la evidencia y emisión de concepto técnico por parte del IETS, luego el Grupo de Análisis Técnico-Científico conformado por los expertos de las asociaciones de profesionales, analiza la evidencia y, a través de un consenso, emite un concepto y recomendación técnica para declarar una tecnología candidata a exclusión o no.
- *Fase de consulta a pacientes.* Esta fase incluye una participación directa y representativa para consultar la opinión de los pacientes y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, a fin de garantizar la transparencia serán garantes del proceso las veedurías ciudadanas en salud y la Defensoría del Pueblo
- *Fase de adopción y publicación de la decisión.* Esta fase se realiza con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes, y los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico y estará a cargo del MSPS.

### 2.4 Aspectos técnicos, administrativos y financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud

#### Aseguramiento y afiliación

##### Salud

La política de aseguramiento en salud ha estado orientada a la consecución de la cobertura universal y a la garantía de su continuidad para todos los residentes en el territorio nacional. No obstante, la dinámica de afiliación de estos años y las altas tasas de cobertura, uno de los retos permanentes está en mantener el nivel de afiliación de la población y de buscar los mecanismos que permitan la afiliación de poblaciones con características particulares, lo que sin duda representa el mayor esfuerzo financiero del SGSSS.

**Tabla No. 2. Cobertura Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción.**

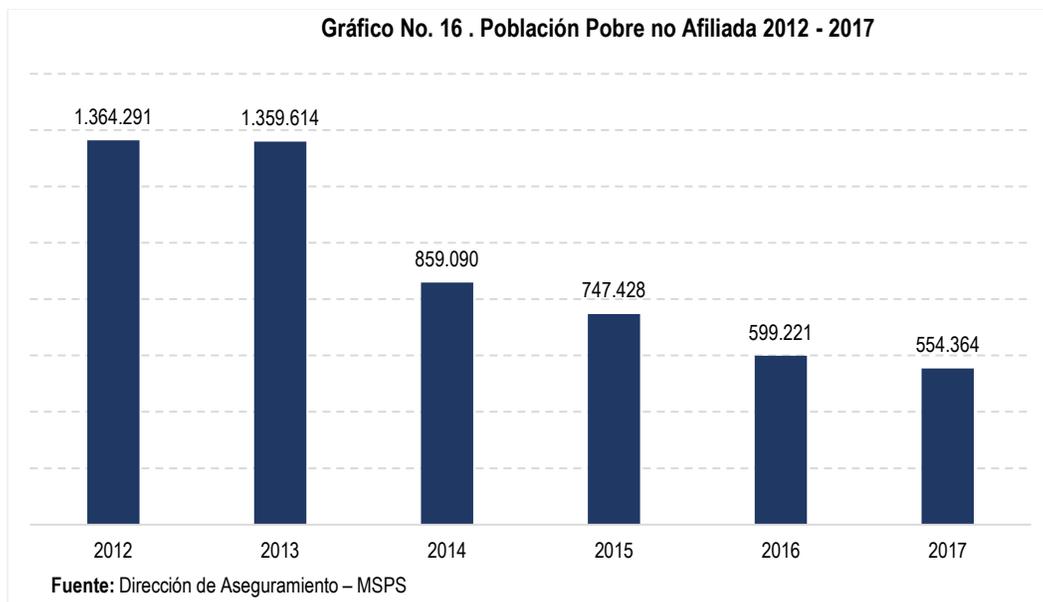
**Diciembre de 2014 – abril de 2017**

Concepto	Dic. 2014	Dic. 2015	Dic. 2016	Abril 2017
A. Régimen Contributivo	20.760.123	21.453.376	22.199.204	22.089.928
B. Régimen Subsidiado	22.882.669	23.179.801	22.171.463	21.786.426
C. Otros regímenes (exceptuados)	2.402.307	2.402.307	2.260.693	2.271.808
D. Población cubierta (= A+B+C)	<b>46.045.099</b>	<b>47.035.484</b>	<b>46.631.360</b>	<b>46.148.162</b>
E. Población DANE	47.661.787	48.203.405	48.747.708	48.927.904
F. Porcentaje de población cubierta (D/E)	<b>96,61%</b>	<b>97,58%</b>	<b>95,66%</b>	<b>94,32%</b>

Fuente: Base de Datos Única de Afiliación, BDUA- SISPRO; (2) Cálculos del MSPS para regímenes de excepción y especiales; (3) DANE: Proyecciones de población 2005 – 2020.

No obstante los altos niveles de cobertura alcanzados en 2014 y 2015, a finales de 2016 y principios de 2017, se evidencia una disminución marginal de la cobertura, esto originado principalmente a razones como; a) la depuración de registros de la Base Única de Afiliados – BDUA, a partir de la información disponible en el Ministerio, de la Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC, b) ajuste en los datos correspondientes a la población afiliada a los regímenes exceptuados o especial, y c) por la dinámica propia del aseguramiento a partir de la condiciones de capacidad de pago de la población y de cumplir con la condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.

A pesar de la disminución en la cobertura, la población total afiliada se mantuvo en los 46 millones. Para el caso del régimen contributivo, la población afiliada pasó de 22.1 millones en 2016, a 22 millones en abril de 2017, lo que significa una disminución aproximada de cien mil personas, equivalente a una reducción de 0,5%. En el régimen subsidiado se observó disminución de la población afiliada, en aproximadamente 385 mil personas, reducción equivalente al 1,73%.



En el marco del proceso para lograr la meta de cobertura universal en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, desde el año 2016, el Ministerio adelanta las gestiones necesarias para la publicación del listado nominal de la Población Pobre no Afiliada - PPNA y facilitar así la labor de aseguramiento de los entes territoriales municipales y departamentales. El Ministerio de Salud y Protección Social, desde octubre de 2016 viene suministrando a cada entidad territorial el detalle nominal de personas en esa condición, para que procedan dentro de

sus competencias con el proceso de afiliación al SGSSS según corresponda. La última información dispuesta a las entidades territoriales corresponde a 554.364 personas (Ver Gráfico No. 16).

Adicionalmente, este Ministerio se encuentra adelantando la caracterización de la población que se encontraba activa en una EPS del régimen contributivo y que tiempo después se encuentra en estado retirado, lo que indica que esta población por diferentes circunstancias pierde su capacidad de pago y que a su vez no cumplen con los requisitos para afiliarse al régimen subsidiado. Estos análisis deberán permitir el diseño de mecanismos que faciliten la afiliación de esta población y garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Por último, dentro del proceso de depuración de las bases de datos que viene adelantando este Ministerio, desde el mes de marzo de 2017, dispuso a cada entidad territorial el detalle de la población afiliada en el régimen subsidiado y que no está registrada en la encuesta del SISBEN, con el propósito que dichas entidades adelanten las gestiones correspondientes para determinar si esta población cuenta con capacidad de pago y debe afiliarse al régimen contributivo, o corresponde a poblaciones especiales, entre otras, pero siempre respetando y protegiendo en todo caso el derecho fundamental a la salud en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015.

### Riesgos Laborales

El Sistema General de Riesgos Laborales, tiene como propósito prevenir, proteger y atender a los trabajadores frente a las contingencias generadas por las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo, que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolla la población laboral colombiana.

A marzo de 2017, se contaba con 10 Administradoras de Riesgos Laborales - ARL. En cuanto a la afiliación de trabajadores, un 70.49% están afiliados a ARL privadas y un 29.51% están afiliados a la ARL Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 44.43% están afiliadas a las ARL privadas y el 55.57% a la ARL Positiva. El porcentaje de distribución tanto de trabajadores como empresas se ilustra en la siguiente tabla:

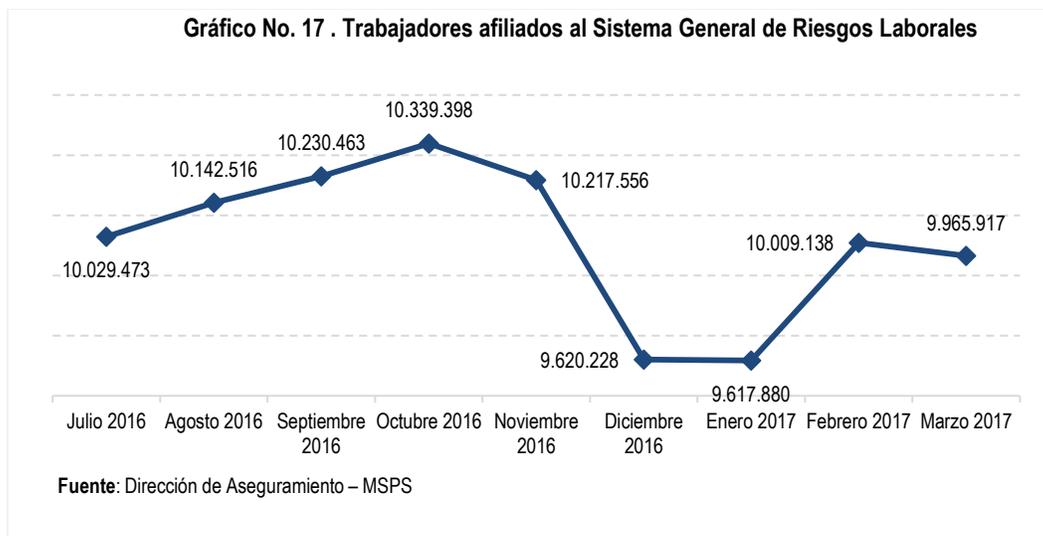
**Tabla No. 3. Distribución de Afiliados a ARL - Marzo de 2017**

Administradora de Riesgos Laborales-ARL	Trabajadores		Empresas	
	Afiliados	%	Afiliadas	%
ARP Positiva	2.940.643	29,51%	396.513	55,57%
Cia. de Seguros Bolívar S.A	490.600	4,92%	8.604	1,21%
Cia. de Seguros de Vida Aurora S.A	2.028	0,02%	216	0,03%
Liberty Seguros de Vida	396.179	3,98%	12.982	1,82%
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.	21.663	0,22%	5.903	0,83%
Riesgos Profesionales Colmena	893.767	8,97%	39.232	5,50%
Seguros de Vida Alfa S.A	79.358	0,80%	1.849	0,26%
Seguros de Vida Colpatria S.A	1.483.520	14,89%	47.679	6,68%
Seguros de Vida la Equidad Organismo C.	362.555	3,64%	14.760	2,07%
Sura - Cia. Suramericana de Seguros de Vida	3.295.604	33,07%	185.759	26,04%
<b>Total general</b>	<b>9.965.917</b>	<b>100,00%</b>	<b>713.497</b>	<b>100,00%</b>

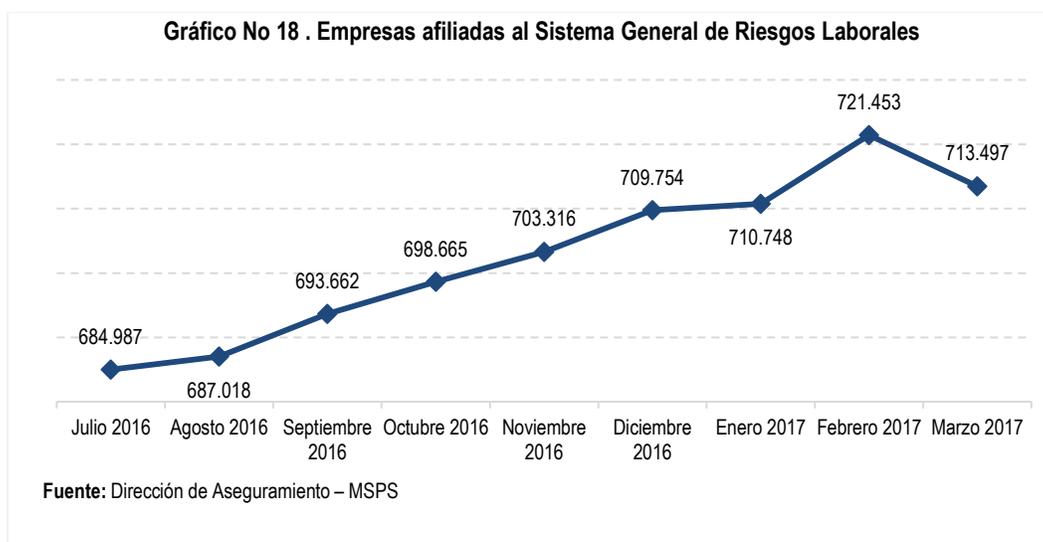
Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales – MSyPS - Administradoras de Riesgos Laborales.

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 y marzo de 2017, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 8.757.782 a 9.965.917, lo que representa un aumento de 1.208.135 afiliados, con lo cual se alcanzó un 67,12% de la meta propuesta para el cuatrienio en el Plan de Desarrollo.

El comportamiento de los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, para el período comprendido entre julio de 2016 y marzo de 2017, se puede apreciar en la siguiente gráfica:



El comportamiento de la afiliación de las empresas al Sistema General de Riesgos Laborales, para el período comprendido entre julio de 2016 y marzo de 2017, se puede apreciar en la siguiente gráfica:



En cuanto a la implementación de la Dimensión Salud y Ámbito Laboral del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se continúa con el acompañamiento a las Entidades Territoriales de Salud Departamentales y Distritales de

manera que las nuevas administraciones territoriales del país consideren los lineamientos de dicha dimensión en sus Planes Territoriales, en sus Planes Territoriales de Salud y en sus Planes de Ordenamiento Territorial, en contexto con la metodología propuesta por la estrategia PASE a la Equidad en Salud, en especial lo relacionado con la intervención de la población trabajadora informal definida en el Plan de Intervenciones Colectivas.

## 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.

De acuerdo con la información de la Superintendencia Financiera de Colombia, a marzo de 2017, se cuenta con 20.7 millones de afiliados al Sistema General de Pensiones, que representan el 83,5%, de la población económicamente activa. Del total de afiliados al Sistema General de Pensiones, 14.2 millones están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, equivalente al 69%, y 6.4 millones están afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, que representan el restante 31%.

Como se observa en la siguiente tabla, durante el período de diciembre de 2015 a marzo de 2017, aumentó en 1.135.146, el número de afiliados al Sistema General de Pensiones, lo que representa un crecimiento de 5.8%.

**Tabla No. 4. Afiliados Sistema General de Pensiones. Diciembre 2014 – marzo 2017**

Régimen	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	Marzo 2017
Régimen de prima media	6.061.398	6.318.449	6.438.868	6.477.048
Régimen de ahorro individual	12.538.226	13.296.191	14.115.397	14.272.738
<b>Total Afiliados</b>	<b>18.599.624</b>	<b>19.614.640</b>	<b>20.554.265</b>	<b>20.749.786</b>

Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia

## Normas que se trabajaron en el período:

**Tabla No. 5. Desarrollo normativo en el periodo**

Norma	Descripción
Decreto 2083 de 2016	"Por el cual se modifica el numeral 3 del Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"
Decreto 1937 de 2016	"Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 1 O de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con las condiciones para el aseguramiento en salud de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo -FARC- EP y se dictan otras disposiciones"
Decreto 294 de 2017	"Por el cual se modifica los artículos 2.1.10.6.2. Y 2.1.10.6.8 del Capítulo 6 del Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"
Resolución 1268 de 2017	"Por medio de la cual se adoptan criterios para la afiliación de oficio de las personas que cumplen los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúsan afiliarse"
Resolución 4005 de 2016	"Por la cual se reglamentan los términos y condiciones para la financiación de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, que se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS"
Resolución 5512 de 2016	"Por la cual se modifica el artículo 4 de la Resolución 4005 de 2016, en relación con las condiciones de afiliación para población privada de la libertad en prisión o detención domiciliaria"

Norma	Descripción
Resolución 5246 de 2016	"Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información"
Resolución 6057 de 2016	"Por la cual se establece la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo -FARC- EP y el procedimiento para la liquidación y giro de los recursos de UPC-S por esta población"
Resolución 310 de 2017	"Por la cual se modifica el artículo 3 de la Resolución 6057 de 2016"
Resolución 1177 de 2017	"Por la cual se modifica la Resolución 6057 de 2016, modificada por la Resolución 0310 de 2017"
Decreto 1563 de 2016	"Por el cual se adiciona al capítulo 2 del título 4 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, una sección 5 por medio de la cual se reglamenta la afiliación voluntaria al sistema general de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones."
Decreto 1669 de 2016	"Por el cual se adicionan unos artículos a la Sección 7 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, que reglamenta la seguridad social de los estudiantes que hagan parte de los programas de incentivo para las prácticas laborales y judicatura en el sector público."
Resolución 034 de 2016	"Por la cual se reglamenta la operatividad y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Seguimiento a la Cultura de la Seguridad Social."

### 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 2016, estos recursos ascendieron a \$41,13 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del SGSSS de 9,64%, con respecto de la vigencia 2015. A dicha variación contribuyeron principalmente las cotizaciones que aportaron 3,21 puntos porcentuales (pp), el Sistema General de Participaciones con 1,62 pp, los recursos de excedentes acumulados en el sector salud del FONPET, para el financiamiento del RS, con una contribución de 1,87 pp, otros ingresos con una contribución de 1,23 pp, el impuesto CREE con un aporte de 1,12 pp y 1,03 por parte de los aportes de la Nación. Los demás rubros tuvieron un aporte inferior a 0,4 pp.

Por el contrario, rubros como el de Cajas de Compensación Familiar y la subcuenta de Garantías para la salud restaron en la variación total un 0,03 y 1,53, respectivamente. A continuación, se detallan las fuentes que financian el sector para las vigencias 2015 y 2016, así:

**Tabla No. 6. Fuentes de recursos del SGSSS, 2015-2016 – (Cifras preliminares sujetas a revisión)**

(Millones de pesos y porcentajes)

FUENTES	2015	2016	PART. 2016 (%)	CONTR. VAR. TOTAL
Cotizaciones	15.748.508	16.952.067	41,22%	3,21%
Impuesto CREE	6.610.221	7.029.030	17,09%	1,12%
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	428.848	891.517	2,17%	1,23%
Cajas de compensación familiar	411.263	399.258	0,97%	-0,03%
Sistema General de Participaciones (SGP)	7.021.827	7.630.201	18,55%	1,62%
Rentas cedidas	1.651.975	1.759.353	4,28%	0,29%
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.223.006	1.353.000	3,29%	0,35%
Subcuenta de Garantías para la Salud	875.086	302.517	0,74%	-1,53%
Excedentes financieros FOSYGA	557.614	687.949	1,67%	0,35%
Desahorro FONPET para RS	100.000	800.000	1,95%	1,87%
Esfuerzo propio	81.382	86.672	0,21%	0,01%

FUENTES	2015	2016	PART. 2016 (%)	CONTR. VAR. TOTAL
Recursos de la Nación Ley 1393 de 2010	859.499	908.920	2,21%	0,13%
Aportes de la Nación - FOSYGA*	1.939.706	2.325.735	5,66%	1,03%
<b>Total recursos según fuentes</b>	<b>37.508.935</b>	<b>41.126.219</b>	<b>100%</b>	<b>9,64%</b>

Cifras preliminares sujetas a revisión.

\*Incluye compensación de regalías

Fuentes: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT. MSPS.

Elaboró: Dirección de Financiamiento Sectorial – Ministerio de Salud y Protección Social.

Frente al uso de estos recursos, su destinación es principalmente a la financiación de los Regímenes Contributivo con un 44,94% seguido del Régimen Subsidiado con el 40,70%. Asimismo, pero en menor proporción, se destinan al pago de recobros por medicamentos NO POS (6,92%), la salud pública y los programas de prevención y promoción (3,19%), y la subcuenta de garantía para la salud (0,74%), como se detalla en la siguiente tabla.

Para el año 2016, se ejecutaron \$41,13 billones de los recursos del SGSSS, lo que representó un incremento de 9,64% con respecto a la vigencia de 2015. Sin embargo, cabe resaltar que en términos de crecimiento por Régimen, entre el 2015 y 2016, el Contributivo presentó un crecimiento de 12,36% frente a 11,12% del Régimen Subsidiado, siendo estos los que más contribuyeron al crecimiento agregado con 5,42 y 4,46 pp, respectivamente.

**Tabla No. 7. Usos del SGSSS, 2015 - 2016**

(Millones de pesos y porcentajes)

USOS	2015	2016	Part. 2016 (%)	Contr. a var. total
Régimen subsidiado	15.062.614	16.736.998	40,70%	4,46%
Régimen contributivo	16.447.123	18.480.184	44,94%	5,42%
Prestación de servicios población pobre no asegurada (RS Pagado por ET Ley 715 de 2001)	888.526	880.609	2,14%	-0,02%
Salud pública y promoción y prevención	1.359.137	1.310.421	3,19%	-0,13%
Recobros por medicamentos no POS y fallos de tutela (RC Pagado por FOSYGA)	2.535.127	2.846.968	6,92%	0,83%
Cobertura ECAT	154.948	253.000	0,62%	0,26%
Otros usos en salud	47.825	50.864	0,12%	0,01%
Subcuenta de Garantía para la salud	765.127	302.516	0,74%	-1,23%
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	248.508	264.660	0,64%	0,04%
<b>Total recursos según usos</b>	<b>37.508.935</b>	<b>41.126.219</b>	<b>100,00%</b>	<b>9,64%</b>

\* Cifras preliminares sujetas a revisión

Fuentes: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT. MSPS.

## Sistema General de Participaciones

De acuerdo a los documentos de distribución 04 de 2015, y 05 y 06 de 2016 para la vigencia 2016 se asignaron 7,63 billones. Lo propio ocurrió para la vigencia 2017, con los documentos de distribución 13 de 2016, y 14, 15 y 17 de 2017 en los cuales se asignaron \$8,52 billones, como se muestra a continuación:

**Tabla No. 8. Sistema General de Participaciones 2016**  
(Millones de pesos)

Sistema General de Participaciones Demanda	6.104.161
Sistema General de Participaciones Oferta	763.020
Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud- FONSAET	68.221
Sistema General de Participaciones Salud Pública	763.020
<b>Total asignado</b>	<b>7.630.201</b>

Fuente: Documentos de Distribución 04 de 2015, 05 y 06 de 2016

**Tabla No. 9. Sistema General de Participaciones 2017**

(Millones de pesos)

Sistema General de Participaciones Demanda	6.819.341
Sistema General de Participaciones Oferta	767.176
Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud- FONSAET	85.2452
Sistema General de Participaciones Salud Pública	852.418
<b>Total asignado</b>	<b>8.524.177</b>

Fuente: Documentos de Distribución 13 de 2016 y 14, 15 y 17 de 2017

Es importante precisar que el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, estableció que a partir de la 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.

### **Resultado Régimen Subsidiado**

Para el año 2016 los reconocimientos de UPC ascendieron a \$15,77 billones, correspondiente a 22,61 millones de afiliados, costo que para el 2017, se estima en \$17,19 billones, para una población de 22,72 millones de afiliados.

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 las 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. Para 2016 se continúa con el plan de igualación para las mismas ciudades.

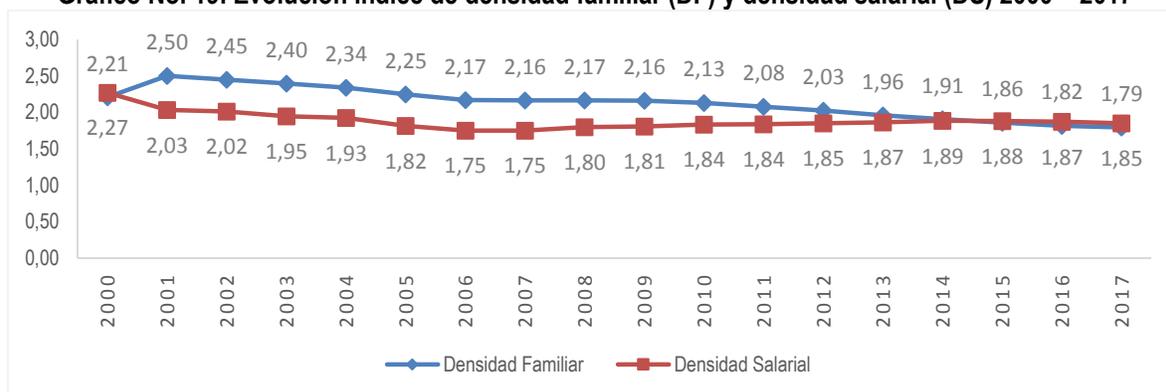
La implementación gradual de la igualación de primas a partir de 2013, incrementó el costo de manera importante para el Régimen Subsidiado, el cual se ha venido asumiendo principalmente con los recursos del FOSYGA. No obstante, debido a la reducción de sus excedentes a partir del año 2015, los recursos de la Nación han contribuido de manera importante en la financiación de dicho régimen.

En 2015, se invirtieron los excedentes del FOSYGA, acumulados en vigencias anteriores (Subcuentas de Solidaridad y ECAT), para las vigencias siguientes se requerirán mayores aportes de la Nación, con el propósito de garantizar el aseguramiento. Para el año 2017, se tiene previsto realizar unidad de caja de los recursos de las Subcuentas del FOSYGA, para cofinanciar el régimen subsidiado, tal como se hizo en 2016.

### **Resultado Régimen Contributivo**

Para el año 2016, 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 \$ 6.649 millones. Este balance positivo es el resultado de la dinámica del crecimiento económico (2,5%) y el mejoramiento en la calidad del ingreso que se refleja en el crecimiento del Ingreso Base de Cotización (7,83% respecto al año anterior), por encima del crecimiento del salario mínimo.

**Gráfico No. 19. Evolución índice de densidad familiar (DF) y densidad salarial (DS) 2000 – 2017**



Fuente: Base de Datos Compensación, FOSYGA

Nota: cifras preliminares.

Lo anterior se ve reflejado en una disminución de la Densidad Familiar (al cierre de 2016 se ubicó en 1,82, inferior en 2,4% respecto al año inmediatamente anterior) y el comportamiento estable de la Densidad Salarial, variables que en conjunto permiten sostener el superávit corriente de la subcuenta de compensación.

Como se observa en el gráfico No. 19, en el periodo 2009-2017, la densidad familiar ha tenido un comportamiento descendente, entre 2009 – 2014 la densidad salarial se ha mantenido relativamente constante, mostrando a partir de 2015 un leve descenso, habiendo presentado su pico en 2014 con un indicador correspondiente a 1,89.

### Incapacidades por enfermedad general

A partir del mes de enero de 2015, la provisión para el pago de incapacidades por enfermedad general se incrementó al 0,30% (superior en 1 punto básico respecto al 2014) 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.

Para 2016, de acuerdo al comportamiento del pago de incapacidades evidenciado durante 2015, el porcentaje que financia el fondo de incapacidades se incrementó en 4 puntos básicos, ubicándose en 0,34% del ingreso base de cotización. Asimismo, para 2017 el porcentaje de reconocimiento de y pago de incapacidades por enfermedad general es de 0,35%, incrementándose en un punto básico con respecto al año anterior. No obstante, una vez entre en operación la entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, dicho porcentaje se incrementará al 0,38% del Ingreso Base de Cotización. El total de recursos para el pago de incapacidades para el año 2017, se estima en \$854.801 millones.

## Recuperación y estabilización financiera

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido una ruta para la recuperación y estabilización financiera del sector. Ante cualquier crisis es necesario, en primer lugar, establecer medidas de liquidez que permitan a los agentes operar, posteriormente, hacer saneamiento de pasivo en los diferentes actores y promover fuentes para el mismo, luego, promover el fortalecimiento patrimonial y transversalmente realizar los ajustes a los procesos financieros.

A continuación, se presentarán cada una de las medidas, indicando que algunas de estas pueden estar entrelazadas

### Medidas de liquidez

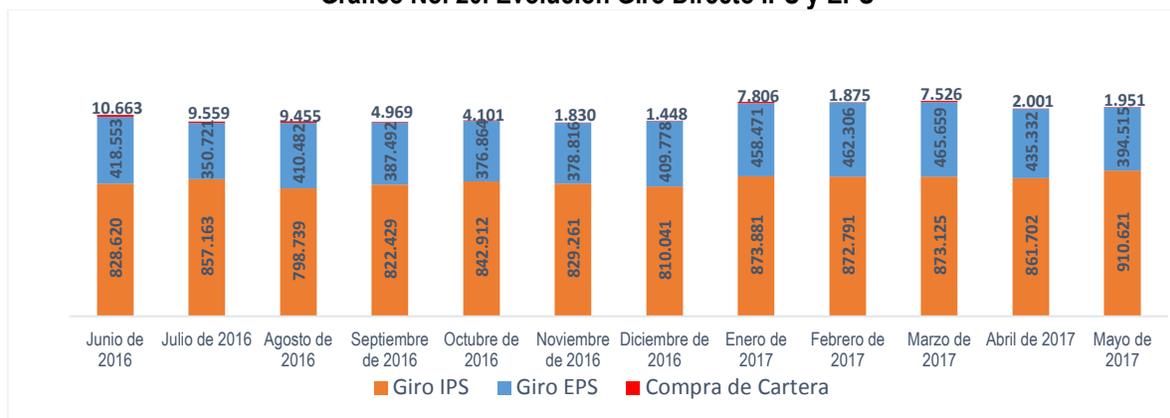
#### Giro directo – Régimen Subsidiado

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) compilado en el Decreto 780 de 2016 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 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, que concentra las fuentes de financiación del régimen subsidiado disponibles en el nivel central y se giran en una sola transacción.

Mediante dicha medida entre junio de 2016 y mayo de 2017, se han girado \$15,1 billones de pesos, de los cuales el 67,01% se han girado a las IPS y Proveedores. En total desde la aplicación de la medida en abril de 2011 se han girado \$68,7 billones de pesos de los cuales 65%, han sido para la red prestadora y Proveedores.

**Gráfico No. 20. Evolución Giro Directo IPS y EPS**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Fecha de Corte 31 de Mayo de 2017 - Cifras en Millones de pesos

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 \$63.186 millones de pesos, correspondiente al 0,42% de los recursos girados directamente a las IPS.

Del total de los recursos girados a IPS y Proveedores (\$10,18 billones), el 53,16% se giró a las IPS privadas, seguido de un 45,01% a las IPS públicas, 1,57% a IPS de carácter mixto y 0,26% a Proveedores.

### 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 compilado en el Decreto 780 de 2015, 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.

**Tabla No. 10. Giro directo IPS y proveedores**  
(Cifras en Millones de pesos)

TIPO DE PRESTADOR	GIRO DIRECTO	%
Mixta	\$159.645	1,57%
Privada	\$5.412.592	53,16%
Pública	\$4.582.473	45,01%
Proveedores	\$26.575	0,26%
<b>TOTAL</b>	<b>\$10.181.285</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social –  
Período Comprendido entre el 1° de junio de 2016 a 31 de mayo de 2017.

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 (Hoy en liquidación). Sin embargo, a partir del mes de julio de 2016, ingresaron en esta medida: Coomeva EPS y SOS EPS. El valor total girado entre junio de 2016 a abril de 2017, es de \$4.343.914 millones de pesos. A continuación, se presenta un resumen del valor total girado por EPS:

**Tabla No. 11. Giros Vigencia 2017**  
(Cifras en Millones de pesos)

80% UPC NETA VIGENCIA 2016 - PROCESO DE COMPENSACION	
CAFESALUD	768.699
CRUZ BLANCA	98.918
COOMEVA	561.946
SOS	184.419
<b>TOTAL*</b>	<b>1.613.981</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social  
Fecha de Corte 1 de enero - 30 de abril de 2017\*

**Tabla No. 12. Giros Vigencia 2016**

(Cifras en Millones de pesos)

80% UPC NETA VIGENCIA 2015 - PROCESO DE COMPENSACION	
CAFESALUD	1.477.374
CRUZ BLANCA	172.859
COOMEVA	816.630
SOS	263.070
<b>TOTAL</b>	<b>2.729.933</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social  
Fecha de Corte 1 de junio - 31 de diciembre de 2016

Finalmente, se precisa que en el marco del artículo 10° de la Ley 1608 de 2013, se han girado \$9.336.590 millones a la Red Prestadora de Servicios de Salud y Proveedores.

### 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 diciembre de 2016, se habían aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por \$1,62 billones, en las que se beneficiaron 415 IPS y 26 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 diciembre de 2016.

**Tabla 13. Estado operaciones aprobadas por régimen**

(Cifras en Millones de pesos)

Régimen	Valor de Compra de Cartera	% Participación
Contributivo	847.687	52,41%
Subsidiado	769.826	47,59%
<b>TOTAL</b>	<b>1.617.513</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Ministerio de salud y Protección Social – Fecha de Corte 31 de diciembre de 2016

**Tabla 14. Operaciones aprobadas por tipo de IPS**

(Cifras en Millones de pesos)

Tipo Entidad	Valor de Compra de Cartera	% Participación
Mixta	99.015	6,12%
Privada	790.475	48,87%

Pública	728.024	45,01%
<b>TOTAL</b>	<b>1.617.513</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social – Fecha de Corte 31 de diciembre de 2016

De lo anterior se precisa que 148 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (77 públicas, 69 privadas y 2 mixtas) se beneficiaron con la compra de cartera efectuada entre los meses de agosto y septiembre como parte del plan de choque del año 2015.

Esta compra de cartera ascendió a 235.052 millones de pesos, asignados a instituciones prestadoras de 29 departamentos. Las IPS públicas se beneficiaron con operaciones por un valor total de 109.946 millones de pesos; entre tanto, las privadas recibieron 117.529 millones; y las mixtas, 7.576 millones.

Los procedimientos de la compra de cartera de los meses de agosto y septiembre del presente año, quedaron contenidos en las Resoluciones 2826, 3169 y 3261 de 2015.

**Tabla No. 15. Compra de cartera extraordinaria**  
(Cifras en millones de pesos)

<b>ASMET SALUD ESS EPS</b>	<b>\$9.947</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR</b>	<b>\$3.615</b>
<b>CAPRECOM EPS</b>	<b>\$74.896</b>
<b>COMFACOR EPSS</b>	<b>\$6.934</b>
<b>COOMEVA EPS</b>	<b>\$40.404</b>
<b>COOSALUD EPS</b>	<b>\$1.047</b>
<b>ECOOPSOS EPSS</b>	<b>\$4.057</b>
<b>EMDISALUD EPS</b>	<b>\$1.999</b>
<b>EMSSANAR ESS</b>	<b>\$6.506</b>
<b>EPS FAMISANAR</b>	<b>\$2.871</b>
<b>NUEVA EPS</b>	<b>\$25.097</b>
<b>PIJAOS SALUD EPS INDIGENA</b>	<b>\$200</b>
<b>SALUDCOOP EPS</b>	<b>\$23.449</b>
<b>SALUDVIDA EPS</b>	<b>\$14.515</b>
<b>SAVIA SALUD EPS</b>	<b>\$19.515</b>
<b>TOTAL COMPRA DE CARTERA EXCEPCIONAL</b>	<b>\$235.051</b>

Fecha de Corte: 31 de mayo de 2017

### **Líneas de crédito con tasa compensada**

El Ministerio de Salud y Protección Social, con fundamento en el artículo 4 del Decreto 1681 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, reglamentó la Subcuenta de Garantías de Salud del FOSYGA, a través de la cual el Gobierno Nacional autorizó la creación de una línea de crédito con tasa compensada que se gestiona con la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (Findeter) para otorgar créditos destinados a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Para su implementación, el Ministerio expidió la Resolución 3460 de 2015, la cual tiene por objeto definir el procedimiento, las condiciones, los requisitos que deben cumplir los beneficiarios, los criterios de viabilidad y el seguimiento de la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. — FINDETER destinada al saneamiento de pasivos de las Entidades Promotoras de Salud y a capital de trabajo para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El monto estimado de la línea de redescuento con tasa compensada para las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud será de Ochocientos

Mil Millones de Pesos M/CTE (\$800.000 millones). Sin embargo, el valor final de la línea, será el que resulte de la colocación efectiva bajo las condiciones financieras aplicables a cada redescuento.

Posteriormente, con la expedición de la Resolución 5588 de 2015 y 1121 de 2016, las cuales adicionaron un monto estimado de recursos a la línea de redescuento con tasa compensada para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Trescientos Treinta y Cuatro Mil Millones de Pesos M/CTE (\$334.000 millones) y Ciento Ochenta Mil Millones de Pesos M/CTE (\$180.000 millones) respectivamente.

En la siguiente Tabla se evidencian los 10 principales beneficiarios de los créditos aprobados a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado por valor total de \$426.471, de los cuales beneficiaron a 1.621 entidades entre prestadores y proveedores.

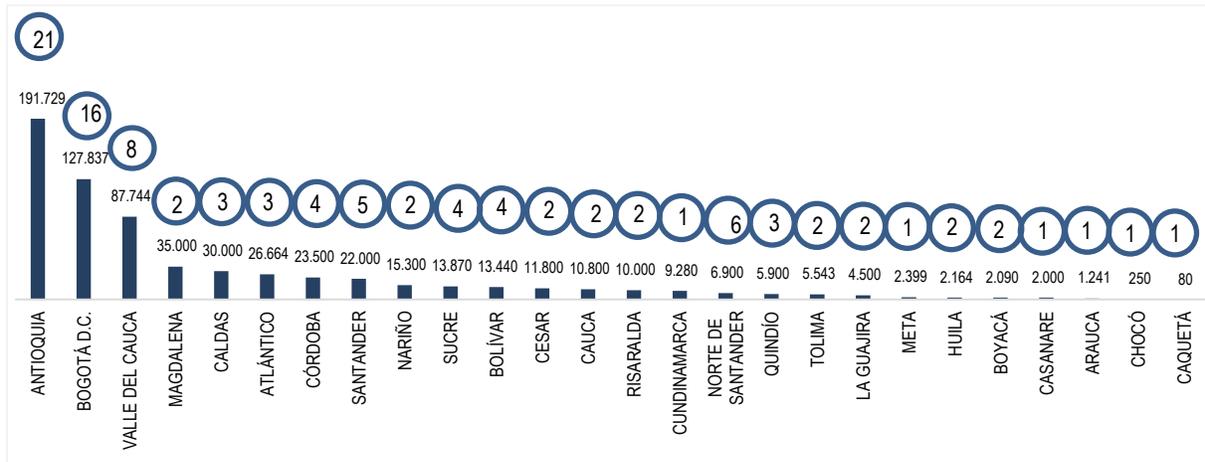
**Tabla No. 16. Crédito FINDETER**  
(Cifras en Millones de Pesos)

NOMBRE	TOTAL
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN - LUZ CASTRO DE GUTIERREZ	23.737
IPS DE UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA IPS UNIVERSITARIA	18.571
FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL	15.525
RTS SAS	12.231
CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	9.899
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	6.810
FUNDACION VALLE DE LILI	6.000
FUNDACION CLINICA DEL NORTE	5.610
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	5.598
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS S.A.	5.561
OTROS	316.931
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>426.471</b>

Fecha de Corte: 31 de mayo de 2017.

Así mismo, de los créditos aprobados directamente a las IPS se desembolsaron \$662.031 millones, de las cuales 101 entidades se beneficiaron.

**Gráfico No. 21. Desembolso a IPS**



**Corte:** 31 de mayo de 2017 – Cifras en Millones de \$  
**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social

## Saneamiento de Pasivos

### 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 de la Ley 1608 de 2013, así como la obligación de reportar los planes de aplicación y ejecución de los recursos establecida en el artículo 12 de la precitada ley, este ministerio expidió la Resolución 292 de 2013. En la resolución 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 con corte a 31 de diciembre de 2012.

Así mismo, teniendo en cuenta que algunos municipios informaron que durante la vigencia 2013, recibieron recursos en su cuenta maestra del régimen subsidiado que se consideran excedentes, para ser aplicados en el marco del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, este ministerio expidió la Resolución 2472 de 2014, mediante la cual posibilitó a las entidades territoriales la actualización del plan de aplicación de los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado con corte a 31 de diciembre de 2013, así como la ejecución de los excedentes realizados durante la vigencia 2013.

Posteriormente, el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016 estableció que los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado se podrán usar además de lo definido en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, en la capitalización para el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tengan participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta. Para tal efecto, se expidió la Resolución 4624 de 2016, a través de la cual se dispuso la actualización del plan de aplicación de los recursos excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado.

La información consistente relacionada con el uso de los excedentes de las cuentas maestras en el marco de los componentes autorizados por los artículos 2 y 21 de la Ley 1608 de 2013, es la siguiente:

**Tabla No. 17. Plan de aplicación excedentes de Cuenta Maestra RS – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013**  
(Cifras en Millones de pesos)

Uso	Valor	%
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.	46.473	3,33%
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.	238.951	17,12%
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.	228.980	16,41%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	826.482	59,23%
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%
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.	54.586	3,91%
<b>Total</b>	<b>1.395.472</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Entidad Territoriales – Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014.

Así mismo, en el marco de los artículos 2 de la Ley 1608 de 2013 y 21 de la Ley 1797 de 2016, las Entidades Territoriales debían reportar al 31 de diciembre de 2017, 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 \$900.780 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:

**Tabla No. 18. Ejecución de excedentes de Cuenta Maestra del régimen subsidiado – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013**

(Cifras en Millones de pesos)

Uso	Valor	Ejecución	% de 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.	46.473	46.473	100,00%
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.	238.951	231.772	97,00%
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.	228.980	218.024	95,22%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	826.482	364.511	44,10%
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.	54.586	40.000	73,28%
<b>Total</b>	<b>1.395.472</b>	<b>900.780</b>	<b>64,55</b>

Fuente: Entidad Territoriales – Resoluciones 292 de 2013 y 2472 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.

### Uso de excedentes de rentas cedidas

El artículo 83 de la Ley 1769 de 2015 y el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016, habilita a los Departamentos y Distritos el uso de los excedentes de rentas cedidas para: 1) Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; 2) Fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica; 3) Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE; 4) Pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud – Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015 compilados en el Decreto 780 de 2016.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resoluciones 257 y 6348 de 2016, en la cual solicitó a los departamentos y distritos remitir el Plan de Aplicación de dichos recursos, así como la ejecución de los mismos. La información consistente al 31 de mayo de 2017, relacionada con el uso de los excedentes de las rentas cedidas en el marco de los componentes autorizados por los artículos de las precitadas leyes, es la siguiente:

**Tabla No. 19. Plan de aplicación y ejecución excedentes rentas cedidas**  
(Cifras en millones de pesos)

SOS	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN 31 marzo 2017	PORCENTAJE EJECUCIÓN
Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios del NO POS	105.535	89.551	85%
Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológicas de las ESE	25.694	-	0%
Recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE	900	636	71%
Recursos para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo	12.407	981	8%
<b>TOTAL</b>	<b>144.535</b>	<b>91.169</b>	<b>85%</b>

Fuente: Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016

### Uso de excedentes del sector

El artículo 75 y numeral 3 del artículo 84 de la Ley 1769 de 2015, así como los numerales 1 y 3 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, habilita el uso de los excedentes del sector salud en los siguientes términos:

- Excedentes y saldos no comprometidos de los recursos oferta en salud del SGP al 31 de diciembre de 2015: El artículo 75 de la Ley 1769 de 2015 y el numeral 1 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, autorizo el uso de dichos recursos para: 1) Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; 2) Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE; 3) Financiar acciones de Inspección, Vigilancia y control – IVC.

La información consistente al 31 de mayo de 2017, relacionada con el uso de los excedentes y saldos no comprometidos del SGP de oferta, es la siguiente:

**Tabla No. 20. Plan de aplicación y ejecución excedentes SGP oferta**  
(Cifras en Millones de pesos)

USOS	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN 31 marzo 2017	PORCENTAJE EJECUCIÓN
------	--------------------	-------------------------	----------------------

Recursos del SGP del Componente de Oferta a 31 de diciembre de 2015, destinados para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores.	92.751	42.835	46%
Recursos del SGP del componente de oferta, destinados para el Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE	18.041	-	0%
Recursos del SGP del componente de oferta, destinados a financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control - IVC	2.890		0%
<b>TOTAL</b>	<b>113.682</b>	<b>42.835</b>	<b>38%</b>

Fuente: Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016

- Excedentes del SGP destinados al componente de Salud Pública y los recursos transferidos por el Ministerio de salud y protección Social con cargo a los recursos del FOSYGA de vigencias anteriores: El numeral 3 del artículo 84 de la Ley 1769 de 2015, y el numeral 3 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, autorizó el uso de dichos recursos para el pago de deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el POS, provisto a los usuarios del Régimen Subsidiado.

La información consistente al 31 de mayo de 2017, relacionada con el uso de estos recursos, es el siguiente:

**Tabla No. 21. Plan de aplicación y ejecución excedentes SGP salud pública y transferencias recursos FOSYGA**  
(Cifras en Millones de pesos)

FUENTE Y USOS	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN 31 marzo 2017	PORCENTAJE EJECUCIÓN
<b>Recursos del Sistema General de Participaciones del componente de Salud Pública, destinados para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el POS, provistos a los usuarios del Régimen Subsidiado.</b>	16.956	1.025	6%
<b>Recursos de las Transferencias del FOSYGA, destinados para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el POS, provistos a los usuarios del Régimen Subsidiado.</b>	11.294	3.157	28%
<b>TOTAL</b>	<b>28.250</b>	<b>4.182</b>	<b>15%</b>

Fuente: Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016

### Condonación asignación de recursos artículo 5 de la Ley 1608 de 2013

El artículo 10 de la Ley 1797 de 2016, autorizó al Ministerio de Salud y Protección Social establecer los términos y condiciones para la condonación de los recursos asignados a las entidades territoriales en el marco del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013.

En este contexto, los artículos 5 y 6 de la Resolución 6348 de 2016, establecieron los criterios y condiciones para realizar la solicitud de condonación de los recursos asignados en el marco del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013.

Se precisa que la condonación de estos recursos, se efectúa por solicitud de las entidades territoriales, la cual deberá ser solicitada ante el Ministerio de Salud y Protección Social. A la fecha se han recibido cuatro solicitudes de condonación las cuales se encuentran en trámite de revisión

### Compra de títulos de deuda subordinada

El artículo 10° del Decreto 1681 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, estableció la posibilidad que este Ministerio, a través de la Subcuenta de Garantía de Salud, de adquirir títulos de deuda subordinada para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.

En este sentido, el artículo 8 del decreto en mención establece la adquisición de títulos emitidos por las Entidades Promotoras de Salud. Con el fin de avanzar en el fortalecimiento patrimonial las Entidades Promotoras de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces, el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá adquirir títulos representativos de deuda subordinada emitidos por dichas entidades.

Así mismo, la Resolución 4385 de 2015, se realizó una operación que permitirá generar liquidez a varios prestadores de servicios de salud de la red de la EPS Cafesalud, por valor total de \$200.000 millones. A la fecha se han girado \$169.791 millones a la red pública, privada y proveedores y se encuentra en trámite de giro \$30.209 millones para la red pública y privada.

**Tabla No. 22. Giros recursos BOCAS**  
(Cifras en Millones de Pesos)

<b>BONOS ORDINARIOS CONVERTIBLES EN ACCIONES - BOCAS</b>	CAFESALUD (PRIMERO GIRO)	\$20.446
	CAFESALUD (SEGUNDO GIRO)	\$116.642
	CAFESALUD (TERCER GIRO)	\$32.652
	CAFESALUD (CUARTO GIRO)	\$20.195
	CAFESALUD (QUINTO GIRO)	\$10.065
<b>TOTAL BOCAS</b>		<b>\$200.000</b>

Fecha de Corte: 31 de mayo de 2017

Es importante precisar que, si bien esta es una medida de fortalecimiento patrimonial, también genera saneamiento de pasivos, así como inyecta liquidez al sector.

#### **Excedente recursos saneamiento de aportes patronales**

En el marco del artículo 75 de la Ley 1769 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2360 de 2016, mediante la cual estableció las disposiciones para el uso de los recursos de excedentes provenientes del proceso de saneamiento de aportes patronales de la vigencia 1994 a 2011 y realizó la distribución a los departamentos, para el saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud, de los programas viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, o para el pago de los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.

En este contexto con la Resolución 2360 de 2016, se realizó la distribución entre departamentos y distritos de \$180.000 millones. De los recursos asignados, a 31 de mayo de 2017, se han girado el 69% de la asignación:

**Tabla No. 23. Asignación y giros – Resolución 2360 de 2016**  
(Cifras en millones de pesos)

Entidad Territorial	Asignados R-2360/16	Valor Solicitado ET	Valor Girado	Valor Pendiente de Giro	Valor Por Solicitar ET
AMAZONAS	643,28	17,05	-	17,05	626,23
ANTIOQUIA	25.065,08	25.065,08	25.065,08	-	-
ARAUCA	1.476,50	1.476,50	1.476,50	-	-
ATLANTICO	3.051,65	2.205,67	-	2.205,67	845,98

Entidad Territorial	Asignados R-2360/16	Valor Solicitado ET	Valor Girado	Valor Pendiente de Giro	Valor Por Solicitar ET
BARRANQUILLA	1.780,69	1.612,35	1.612,35	-	168,34
BOGOTÁ	24.938,73	961,93	961,93	-	23.976,80
BOLIVAR	4.436,47	4.436,47	4.436,47	-	0
BOYACÁ	4.351,50	478,35	478,35	-	3.873,15
BUENAVENTURA	759,35	-	-	-	759,35
CALDAS	3.327,41	3.324,13	3.324,13	-	3,28
CAQUETA	3.077,76	3.015,21	3.015,21	-	62,54
CARTAGENA	1.603,20	1.574,31	1.574,31	-	28,89
CASANARE	2.030,72	2.030,68	1.856,93	173,75	0,04
CAUCA	5.088,85	5.058,59	5.058,59	-	30,26
CESAR	4.800,40	4.800,32	4.800,32	-	0,08
CHOCO	1.962,79	-	-	-	1.962,79
CORDOBA	6.164,52	6.164,36	-	6.164,36	0,16
CUNDINAMARCA	9.995,27	4.919,39	4.919,39	-	5.075,88
GUAINIA	606,57	-	-	-	606,57
GUAJIRA	3.840,97	-	-	-	3.840,97
GUAVIARE	1.025,00	-	-	-	1.025,00
HUILA	5.614,22	5.614,22	5.614,22	-	-
MAGDALENA	4.050,98	4.050,98	4.050,98	-	-
META	3.636,03	3.636,03	3.636,03	-	-
NARIÑO	6.791,52	6.791,52	6.791,52	-	-
NORTE DE SANTANDER	6.641,14	6.641,14	6.641,14	-	-
PUTUMAYO	1.666,84	1.662,37	1.662,37	-	4,47
QUINDIO	2.292,98	2.292,98	2.292,98	-	-
RISARALDA	3.661,40	3.661,40	3.661,40	-	-
SAN ANDRÉS	67,98	-	-	-	67,98
SANTA MARTA	1.278,76	1.278,75	1.278,75	-	0,01
SANTANDER	5.222,12	5.222,12	5.222,12	-	-
SUCRE	4.411,00	4.411,00	-	4.411,00	-
TOLIMA	5.902,48	5.902,48	5.902,48	-	-
VALLE DEL CAUCA	17.974,15	17.974,15	17.974,15	-	-
VAUPES	205,54	-	-	-	205,54
VICHADA	556,14	555,73	225,71	330,02	0,41
<b>TOTAL</b>	<b>180.000</b>	<b>136.835</b>	<b>123.533</b>	<b>13.302</b>	<b>43.165</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - DFS

### Saneamiento de aportes patronales 1994-2011 y 2012-2016

La Ley 1438 de 2011, en el artículo 85, estableció 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, así como 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, realizarían el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió las resoluciones 3568 de 2003, 154 de 2013; 2464, 3568 y 4906 de 2014; 2231 y 3459 de 2015, mediante las cuales se reglamentó el procedimiento para el saneamiento de aportes patronales del periodo 1994-2011.

En este contexto, como resultado del cruce de la información cargada en SISPRO por los Empleadoras y las Administradoras, se presenta un reporte de 1.058.693 registros de aportes patronales no saneados coincidentes, datos publicados en cumplimiento de lo establecido en el artículo 8 de la Resolución 3568 de 2014, que corresponden a \$44.939 millones de aporte patronal de deuda de las empleadoras y \$76.274 millones por parte de las administradoras.

En concordancia con el artículo 8° de la Resolución 3568 de 2014, el menor valor del cruce es de \$25.044 millones cuyo giro se reglamentó con la expedición de la Resolución 2359 de 2016.

Adicionalmente, el artículo 75 de la Ley 1769 de 2015, por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, previó dentro de los usos a los que pueden destinarse los recursos de excedentes de aportes patronales, al saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud o al pago de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda que adeude la Entidad Territorial a la EPS o a los prestadores de servicios de salud. En cumplimiento de lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 2360 de 2016, mediante la cual se definió el uso y distribución de \$180.000 millones entre departamentos y distritos. Con corte a mayo de 2017, se ha ejecutado un total de \$136.835 mil millones.

Finalmente, se expidió la Ley 1797 de 2016, en la que se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo en el artículo 3, el uso de excedentes de aportes patronales del Sistema General de Participaciones y los destina para el pago de deudas de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda a cargo de los departamentos y distritos.

Los excedentes a que refiere la citada ley corresponden al periodo 2012 – 2016 y para determinarlos se realizará el procedimiento de saneamiento de aportes patronales para las vigencias mencionadas, el cual se encuentra en proceso de reglamentación.

### **Ajustes de procesos financieros**

#### **Destinación de recursos del SGP para prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidiado a la oferta**

El artículo 2 de la Ley 1797 de 2016, cambio los criterios de distribución y asignación del componente de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidiado a la oferta. En este contexto, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 762 de 2017, en el cual se fijaron los criterios, el procedimiento y las variables para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones –SGP-, de dicho componente.

Conforme los criterios, procedimiento y variables definidas en el Decreto 762 de 2017, el Departamento Nacional de Planeación expidió el documento técnico de distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones SGP-17-2017, el cual contiene la asignación de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta.

Para el caso particular de los recursos de Subsidio a la Oferta – Aportes Patronales, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Nota Externa 201733300073133 de 2017, con el objetivo de solicitar la información para el giro directo a las Empresas Sociales del Estado de los recursos del Subsidio a la Oferta - Aportes Patronales, conforme lo estipulado en el artículo 3 de la Ley 1797 de 2016.

### **Cuentas maestras ESE – subsidio aportes patronales**

El inciso 7 del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, establece que los recursos del SGP correspondientes a los aportes patronales de los trabajadores de las ESE, deben ser manejados y girados por dichas entidades a través de una cuenta maestra creada para tal fin.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió las Resoluciones 4669 de 2016 y 6346 de 2016, mediante las cuales se establecieron las condiciones de registro y operación de las cuentas maestras de las ESE, para el manejo de los recursos del SGP, destinados a la financiación de los aportes patronales de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado.

### **Aclaración de cuentas del sector**

En consideración a la problemática de la información de la cartera del sector salud, 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 apoyarán 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 con corte al 31 de marzo de 2017, se encuentra una diferencia entre los actores cercana a los \$5,3 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, se evidencia que los prestadores de servicios de salud reportaron facturas a 31 de marzo de 2017, por valor de \$4,85 billones, que han de ser pagadas por el mecanismo de giro directo del Régimen Subsidiado, lo que indica que los estados financieros de algunos prestadores de servicios de salud están pendientes de afectación.

### **Aclaración de glosas, cuentas y depuración contable**

El artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, establece que las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo, las entidades territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán realizar la depuración y conciliación permanente de sus cuentas por cobrar y pagar, y el saneamiento contable de sus estados financieros, que deberá

adelantarse en un plazo de 90 días hábiles. En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resoluciones 6066 de 2016 y 332 de 2017, definiendo los parámetros, términos y condiciones para realizar el proceso de depuración de cartera generada en derechos y obligaciones entre las IPS y las Entidades Responsables de Pago, el proceso de conciliación de glosas y el registro de certificados de reconocimiento de deudas que cobrará mérito ejecutivo una vez sea reconocida la cartera.

Finalmente, para realizar este proceso de depuración, las entidades deberán partir de la información reportada en el marco de la Circular Conjunta 030 de 2013, con corte a 31 de diciembre de 2016 y realizar la actualización de las facturas que figuran en sus cuentas por cobrar y pagar cada trimestre, donde se evidencie el avance en la depuración, pago y conciliación de glosas.

## **Fortalecimiento patrimonial**

### **Expedición del Decreto 2702 de 2014**

De acuerdo al Decreto 2702 de 2014, modificado por el Decreto 2117 de 2016, Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, es claro que las EPS deben tener la solvencia y condiciones financieras que respalden el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y puedan cubrir sus obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, protegiendo financieramente a los prestadores de servicios de salud y que las Entidades Promotoras de Salud organicen su situación contable. En este mismo decreto, se especifican las condiciones que deben cumplir las EPS, al ser reconocidas como similares a las compañías de seguros, haciendo explícitos los requisitos sobre capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversión de las reservas técnicas.

En consecuencia, es importante precisar que el equilibrio y la solvencia financiera de cualquiera de las EPS, no depende exclusivamente de los ingresos por UPC, en relación a los requisitos antes mencionados, sino también de la gestión que realice cada una de dichas entidades. A continuación se resaltan otros puntos que afectan el desempeño, tales como:

- La estructuración del plan de atención en salud acorde con las características de la población afiliada.
- La estructuración de los procesos que garanticen optimización de los recursos técnicos y financieros.
- La efectividad, eficiencia, transparencia y economía en la gestión administrativa y gerencial.

### **Utilización de recursos que administran las Cajas de Compensación Familiar para el pago de deudas**

Con fundamento en el artículo 97 de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo, el cual tiene como propósito establecer una nueva fuente de recursos para que las Entidades Promotoras de Salud, en que participen las Cajas de Compensación Familiar o los programas de salud que administren, puedan cumplir con las condiciones financieras y patrimoniales para su operación, así como el saneamiento de pasivos a través del uso de los recursos de que trata el artículo 46 de la ley 1438 de 2011, recaudados en las vigencias 2012, 2013 y 2014 que no hayan sido ejecutados.

De acuerdo con la información reportada por las Cajas de Compensación Familiar (CCF), van a utilizar \$421.845 millones, de los cuales \$311.974 millones corresponden a los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, \$102.371 millones a recursos propios y \$7.500 millones a recursos para contribución fiscal. Esto en cumplimiento de las Resoluciones 2233 y 2679 del 2015. De acuerdo, con la información reportada por las CCF, a la fecha se han realizado giros por valor \$345.237 millones a las IPS y Proveedores, los cuales se relacionan a continuación:

**Tabla No. 24. Recursos CCF**  
(Cifras en Millones de Pesos)

CAFAM	35.889
COLSUBSIDIO	56.185
COMFABOY	6.726
COMFACUNDI	1.322
COMFAGUAJIRA	3.675
COMFAMA	41.708
COMFENALCO TOLIMA	10.012
COMPENSAR	46.011
CAFABA	5.090
COMFACHOCO	390
COMFENALCO VALLE	13.151
COMFACOR	2.709
COMFANDI	22.939
COMFAMILIAR RISARALDA	6.795
COMFAMILIAR CALDAS	5.225
COMFAORIENTE	2.800
CAJASAN	174
COMFENALCO ANTIOQUIA	28.913
COMFAMILIAR CARTAGENA Y BOLÍVAR	3.134
COMFASUCRE	2.867
COMFAMILIAR NARÑO	4.969
COMFAMILIAR HUILA	4.448
COMFENALCO QUINDÍO	2.905
NUEVA EPS (5)	37.200
<b>TOTAL</b>	<b>345.237</b>

Fecha de Corte: 31 de mayo de 2017

\*Nota: Se incluyen recursos de Colsubsidio, Cafam, Comfenalco Valle y Compensar

## 2.5 Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)

El Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, “*Todos por un nuevo país*”, planteó, dentro sus objetivos estratégicos, la creación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) – ADRES con el fin de garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del sistema, hecho que se materializó mediante los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015.

En aras de lograr la implementación y puesta en funcionamiento de la ADRES, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado las actividades tendientes a dar cumplimiento a lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo. A continuación, se describen los avances relacionados para el tránsito del FOSYGA a la ADRES.

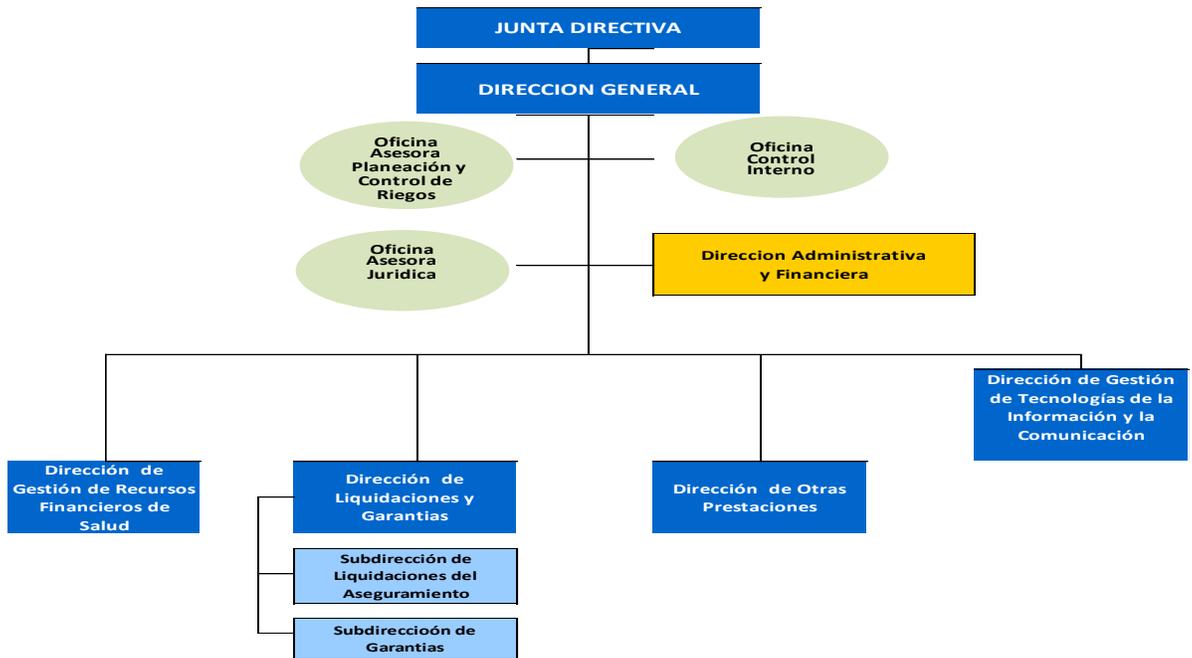
### Reglamentación

Como resultado del análisis del mapa de procesos de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y del Consorcio SAYP 2011, actual administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, de las cargas de trabajo y de la planta de personal, así como de las mesas de trabajo realizadas con el Departamento Administrativo de la Función Pública, Presidencia de la República y la Dirección de Presupuesto y la Secretaria General del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se realizó el diseño organizacional de la ADRES.

A partir de dicha definición, fueron tramitados y expedidos el 01 de septiembre de 2016, los siguientes decretos reglamentarios:

- Decreto 1429. Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- y se dictan otras disposiciones. El Decreto señala la estructura y funciones de las dependencias de la entidad, a partir del siguiente organigrama:

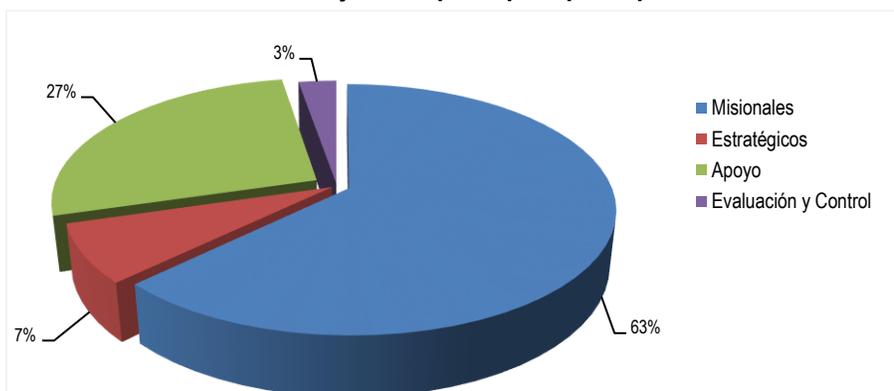
**Organigrama No. 1 Estructura Funcional de ADRES**



- Decreto 1430. Por el cual se establece el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.
- Decreto 1431. Por el cual se establece la planta de personal de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1432. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Decreto 1433. Por el cual se modifica la planta de personal del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Decreto 1434. Por el cual se establecen unas equivalencias para los empleos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES.

Estos decretos establecen la Planta de Personal de ADRES en 223 cargos de los cuales, el 63% corresponde a áreas misionales, el 7% a áreas estratégicas, el 26.9% áreas de apoyo y el 3% a procesos de evaluación y control.

**Gráfico No. 22**  
**Porcentaje de empleos por tipo de proceso**



Por su parte, la Resolución 002 de 2016, del Consejo Superior de Política Fiscal -CONFIS, aprobó un presupuesto inicial para la vigencia 2017, correspondiente a la ADRES

De acuerdo con el Decreto 546 de 2017, la ADRES iniciará operaciones a partir del 1 de agosto del presente año.

## **2.6 Actualización del plan de beneficios en salud y de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)**

Con el fin primordial de garantizar el derecho fundamental a la salud, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), a través de la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud, se materializa esta perspectiva a través de dos mecanismos de protección, principalmente: i) mecanismo de protección colectiva que mancomuna riesgos individuales, a través del aseguramiento social en donde los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población y ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago de servicios y tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales).

Las prestaciones de salud cubiertas en el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) son las que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 6408 de 2016 y sus anexos: 1 “Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” y 3 “Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo y la Resolución 374 de 2017 “Por medio de la cual se corrigen unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 “Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” y la Resolución 1687 de 2017 por la cual se sustituye el Anexo 2 de la Resolución 6408 de 2016 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” y se dictan otras disposiciones.

A su vez, las prestaciones de salud cubiertas por el mecanismo de protección individual son el conjunto de servicios y tecnologías de salud que no se encuentran descritas en el mecanismo de protección colectiva, y que están autorizadas en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, del SOGCS en su componente Sistema Único de Habilitación –SUH, entre otras). Este mecanismo financia dichas prestaciones de salud a través de las entidades territoriales para los afiliados al régimen subsidiado y a través del FOSYGA para los afiliados al régimen contributivo.

En este sentido, el Ministerio de Salud adelantó el procedimiento correspondiente para garantizar la actualización puntual o parcial del Plan de Beneficios en Salud para la vigencia 2017, proceso que quedó plasmado con la emisión de la precitada Resolución 6408 de 2016 y demás normas relacionadas, en la cual se consolidaron importantes

resultados con el objetivo de garantizar la protección al derecho fundamental a la salud mediante el acceso y disponibilidad de los servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país para toda la población residente en el territorio colombiano, los cuales serán detallados a continuación:

El Ministerio buscando dar respuesta a la dinámica del sistema de salud del país, al ritmo de los avances técnico-científicos y en armonía con las definiciones y códigos internacionales reconocidos por las comunidades científicas o utilizados en las buenas prácticas de la prestación de servicios de salud, a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, retomó la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), siendo éste un proceso técnico, continuo, dinámico, participativo y transparente que se ha venido construyendo con expertos de diferentes áreas y especialidades.

Realizado un análisis a la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social se pudo establecer que la metodología para la actualización y reordenamiento de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud carecía de reglamentación; razón por la cual se expidió la Resolución 3804 de 2016, *“Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS”*, cuya finalidad es justamente normar y empoderar el proceso de actualización de la CUPS, permitiendo así alcanzar el objetivo de estandarizar la codificación y nomenclatura de los procedimientos en salud que se realizan en el país, y así mismo contribuir al desarrollo del Sistema Integral de Información entre los diferentes actores del Sistema de Salud.

Para el primer semestre del año 2016, se aplicó la misma metodología donde la Dirección de Beneficios lideró un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, la Dirección de Talento Humano en Salud y otras Direcciones de este Ministerio, atendiendo a la necesidad de actualizar los descriptores de Especialidades Médicas y Odontológicas; producto de dicho proceso se expidió la Resolución 1352 de 2016, *“Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 “lista tabular” de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS”*.

Durante el segundo semestre del mismo año, se da continuidad al proceso para la tercera actualización con las siguientes agremiaciones: Asociación Colombiana de Radiología (ACR), la Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica y Obesidad (ACOCIB), la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (SCC), el Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva (SCCP), la Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO), el Colegio Colombiano de Electrofisiología, la Sociedad Colombiana de Neurología y la Asociación Colombiana de Retina y Vítreo (ACOREV). Dados los análisis y concertaciones con estas agremiaciones se hace necesario actualizar los anexos técnicos de la Resolución 4678 de 2015 y derogar la Resolución 1352 de 2016, mediante la expedición de *la Resolución 5975 de 2016, “Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2”*, de tal forma que se contribuya a la implementación de un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores del sistema de salud.

Finalmente se expidió la Resolución 1132 de 2017, que modifica la Resolución 4678 de 2015 y sustituye el anexo 2 *“Lista Tabular”* y derogando la Resolución 5975 de 2016, resultado de las mesas de trabajo y análisis conjunto con los expertos de diversas sociedades científicas o agremiaciones como: Sociedad Colombiana de Urología (SCU), Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCCOT), Asociación Colombiana de Audiología (ASOAUDIO), Asociación Colombiana de Otorología y Neurología (ACON), Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial (ACORL), Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ASONEUMOCITO), Asociación Colombiana de Cirugía (ASCOLCIRUGIA), Asociación Colombiana de Terapia Neural (ACOLTEN), Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA), Asociación Colombiana de Fonoaudiología (ASOFONO), Asociación Colombiana de Mastología (ACM), Asociación Colombiana de Coloproctología, Cirugía y Endoscopia Colorectal, Asociación Colombiana de Retina Vítreo (ACOREV), Asociación Colombiana de Radioterapia

Oncológica (ACRO); con el objetivo de actualizar el Anexo Técnico No. 2 "Lista Tabular" y recoger en un mismo acto normativo las disposiciones establecidas con relación a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS.

### Dispositivos médicos

Teniendo en cuenta que a nivel de los dispositivos médicos específicamente en i) el límite en el número de tirillas y lancetas financiadas con la UPC, ocasionaba procesos de recobro frente aquellos pacientes que requerían más tirillas o lancetas; y ii) la Guía de Práctica Clínica recomienda de 4 a 10 tomas de glucometría al día, se determinó ampliar la cobertura de tirillas y lancetas que requieren los pacientes que padecen diabetes tipo I y II con manejo de insulina así:

*“Se aclara la cobertura del plan de beneficios de salud financiado con recursos de la UPC para los pacientes diabéticos que se encuentren en manejo con insulina, así: Se entregarán cada año (1) glucómetro y tirillas y lancetas, de conformidad con lo que el médico tratante determine y de acuerdo con la guía de práctica clínica correspondiente.”*

Dado que esta tecnología está ligada al diagnóstico requerido en afiliados que presentan Diabetes que en el régimen contributivo ascienden a más de 630.000 afiliados equivalentes y en el subsidiado a un poco más de 279.000 afiliados equivalentes. La población beneficiaria actual en los dos regímenes en tirillas y lancetas sobrepasa los 91.0000 afiliados equivalentes.

### Medicamentos

Las estrategias desarrolladas para la actualización de las prestaciones farmacéuticas benefician aproximadamente a 19 millones de afiliados del régimen contributivo y a más de 22 millones del régimen subsidiado. El desarrollo de estos análisis para profundizar el avance efectuado en las vigencias anteriores con el objetivo de lograr que el Plan de Beneficios en Salud que se financia con el mecanismo del aseguramiento sea más integral, se enfocó principalmente en:

- Ofrecer más opciones terapéuticas para la atención de los pacientes y la prescripción de los médicos (disponibilidad y acceso). Lo anterior apoya el Uso Racional de Medicamentos, uno de los objetivos de la Política Farmacéutica Nacional, al ofrecer más variedad de concentraciones y formas farmacéuticas para el tratamiento farmacológico del paciente.
- Disminuir las barreras de acceso por falta de coherencia entre el detalle del contenido del plan de beneficios y la definición y objetivo de la cobertura.
- Ofrecer más herramientas para la gestión del sistema.

Para este fin y teniendo en cuenta líneas anteriores de actualización y nuevos desarrollos se lograron los siguientes resultados que dieron continuidad al proceso de actualización, así:

Aclaración de concentraciones y formas farmacéuticas. Desde años anteriores se ha venido trabajando en la expresión de cobertura implícita, logrando importantes avances en 2013, donde se aclaró un 45% del listado de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y en 2015 donde se completó el 85%. Sin embargo, hasta diciembre de 2016, el 15% restante se encontraba expresado en una concentración específica.

Para la actualización puntual de 2016, se continuó esta estrategia aplicada al 15% de medicamentos restantes con lo cual se logra la expresión de cobertura implícita que garantiza el 100% de medicamentos del listado del anexo 1 de

la resolución 6408 de 2016, en cuanto a concentraciones. Con lo anterior se garantiza la disponibilidad y acceso a todos los medicamentos del plan de beneficios en cualquier concentración que se encuentre autorizada en el país. El análisis se enfocó en aquellos medicamentos que presentaran igual: i) principio activo, ii) forma farmacéutica, iii) indicación, iv) población que la utiliza y que v) se encuentre en el plan de beneficios una concentración específica.

Este 15% corresponde a 135 presentaciones farmacéuticas de las cuales 129, al momento del análisis, se encontraban disponibles comercialmente en Colombia. El universo de prestaciones farmacéuticas disponible se agrupó por forma farmacéutica y se obtuvieron 66 medicamentos a analizar. Se determinó que aclarar la cobertura por concentraciones no tiene impacto sobre la UPC.

**Agrupamientos y otras prestaciones no cubiertas.** En la misma línea del plan implícito se ha buscado realizar agrupamientos que permitan considerar incluidos todos los principios activos, concentraciones o formas farmacéuticas definidas en cada grupo desarrollando metodologías como el análisis de tecnologías dispensadas con cargo a la UPC. En este sentido, se logró la aclaración de cobertura para 5 medicamentos que ahora son cobertura explícita del PBSUPC, en virtud de la aplicación del artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015.

**Expresión de cobertura por principio activo.** De otra parte y como resultado se logró expresar el 75% de medicamentos (350 agrupaciones por principio activo) del listado del PBSUPC de forma implícita en principio activo, en otras palabras, el PBSUPC cubre estos principios activos en todas las concentraciones, formas farmacéuticas e indicaciones disponibles en Colombia, excepto en algunos casos en los cuales que se especifica el uso que cubre el plan de beneficios. Para el restante 25% (122 agrupaciones por principio activo que incluyen 2 productos alimenticios) se indica cuál forma farmacéutica no se considera cubierta (Teniendo en cuenta que puede tener otra indicación o relacionarse con otra población aún no costeadada en la UPC).

## 2.7 Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación de la UPC

Para garantizar la cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, la Resolución 6411 de 2016, *“Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones”*, se beneficia a la población general, con las primas especiales y diferenciales incrementadas para el 2017, en 8.20%.

### Avances

- Se ajustó incrementando en un 8.20% la UPC, para garantizar la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de la población afiliada al SGSSS, en ambos regímenes contributivo y subsidiado.
- Se incrementó de 3.04% a 4.81%, para la financiación de las actividades propias de los pueblos indígenas como prima adicional, beneficiando 1.382.195 afiliados indígenas.
- Se continúa con la garantía de cobertura a la población afiliada al SGSSS, con condición insular, por zona alejada del territorio continental.
- Se continúa con el tercer año de la prueba piloto de unificación de la prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo en las cuatro ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla.

## 2.8 Desarrollo de estrategias complementarias

En el marco de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS, el Ministerio expidió la Resolución 3202 de 2016, por medio de la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS y las siguientes Rutas Integrales de Atención en Salud:

- Para la promoción y mantenimiento de la salud.
- Para la población materno –perinatal.
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular –metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial -HTA, Diabetes Mellitus – DM y Obesidad.)
- Para la población con riesgo o presencia de cáncer (Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix).
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (Atención a la Desnutrición Aguda para menores de 5 años).
- Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas (Enfermedades transmitidas por vectores: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika).

De otra parte, se elaboró un diagnóstico de capacidades de las Entidades Territoriales departamentales y distritales, para la gestión de las políticas en materia de salud pública, identificando aspectos clave que deben ser desarrollados y fortalecidos a través de un plan bienal formulado en conjunto con las Entidades Territoriales, y en el marco del cual se vienen adelantando acciones de asistencia técnica y generación de herramientas técnicas y operativas. Adicionalmente, dicho diagnóstico es insumo clave para la estructuración de la propuesta que viene adelantando el Ministerio con respecto a la modificación y actualización de competencias ante una eventual modificación de la Ley 715 de 2000.

## 2.9 Política Farmacéutica Nacional - PFN (CONPES 155 de 2012)

Con el objetivo de contribuir al logro de los resultados en salud de la población colombiana, a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos y la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento”, la Política Farmacéutica Nacional (PFN), ha planteado 10 estrategias a través de las cuales se busca mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.

En este sentido, desde su expedición la PFN, ha permitido el desarrollo de instrumentos regulatorios basados en la referenciación internacional de precios, la eliminación de algunas barreras de entrada innecesarias a la comercialización de medicamentos biosimilares (Decreto 1782 de 2014), la promoción del uso racional de medicamentos y el fortalecimiento de la capacidad técnica para la evaluación de tecnologías en salud con el fin de discernir el valor terapéutico de las nuevas tecnologías (medicamentos, dispositivos y procedimientos).

Durante el periodo de junio de 2016 a mayo de 2017, se resaltan avances importantes, como:

**Regulación de precios de medicamentos:** (Actos administrativos).

**Circular 01 de 2016** “Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de precios al consumidor – IPC, para los precios regulados de medicamentos en la resolución 0718 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Circular 02 de 2016** “Por la cual se autoriza el ajuste por variación del índice de precios al consumidor – IPC, de los precios de los estents coronarios medicados regulados a través de la Circular 01 de 2015, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos”.

**Circular 03 de 2016** "Por la cual se establece una metodología que regule precios de medicamentos en situaciones excepcionales en las que se haya declarado el interés público".

**Circular 04 de 2016** "Por la cual se incorpora un medicamento al control directo de precio con base en la metodología establecida en la circular 03 de 2016 y se fija su precio máximo de venta"

**Circular 01 de 2017** "Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de Precios al Consumidor -IPC, para los precios de los medicamentos regulados en la Circular 01 de 2016, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médico y se dictan otras disposiciones".

Cabe resaltar que se ha realizado control directo a 863 medicamentos; 585 de éstos, incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y 278 no POS, traducándose en una reducción aproximada del 42% en los precios y un ahorro acumulado al sistema de salud colombiano, estimado de 1,52 billones de pesos para el periodo de la regulación, lo que evidencia que la regulación de precios de medicamentos se ha convertido en una estrategia esencial para la contención del gasto y para la sostenibilidad financiera del Sistema.

Adicionalmente, se estima que con la expedición de la nueva circular en la presente anualidad se obtengan ahorros cercanos de 0.3 billones de pesos, caracterizados por una intervención proactiva al incorporar mercados relevantes de nuevas moléculas que ingresaron al mercado en los últimos 10 años. La regulación de precios de medicamentos se puede consultar a través de siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

#### **Medicamentos a un Clic: Lanzamiento de herramienta web (Nov 2016).**

Herramienta desarrollada en el marco de la Política Farmacéutica Nacional, la cual contó con el apoyo del proyecto Anti-Corrupción y Transparencia de la Unión Europea (ACTUE) para Colombia. Proporciona a los prescriptores, profesionales de la salud y agentes del SGSS, como a la comunidad en general, información actualizada y de calidad sobre los medicamentos. Esta estrategia ha tenido gran impacto y ha sido caracterizada como una de las iniciativas de transparencia emprendidas por el sector salud. Publicada en la página [www.medicamentosau clic.gov.co](http://www.medicamentosau clic.gov.co)

#### **Reglamentación Decreto 1782 de 2014.**

En el marco de la reglamentación del mencionado decreto, en cumplimiento de lo establecido en el plan de trabajo del mismo, durante el periodo del presente informe, se han expedido las siguientes guías: *Guía de Estabilidad, Guía de Evaluación de la Inmunogenicidad, Guía de Buenas Prácticas de Manufactura*. El precitado Decreto y su reglamentación son un componente importante de la política de medicamentos de Colombia, ya que establece estándares de calidad protegiendo así la salud pública y fortaleciendo la promoción de la competencia en cumplimiento de los principios y metas de la Política Farmacéutica Nacional. Publicadas en la página [www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/biologicos-biotecnologicos.aspx](http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/biologicos-biotecnologicos.aspx)

#### **Proceso de licenciamiento para producción y fabricación de derivados de cannabis.**

Teniendo en cuenta la facultad de Ministerio de Salud y Protección Social, para otorgar autorizaciones sobre los procesos de producción y fabricación de derivados del cannabis con fines estrictamente médicos y científicos, cabe resaltar que se han otorgado 6 licencias a fin de que la población colombiana pueda acceder al uso de productos medicinales que contienen esta planta. Proceso que se puede consultar en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/cannabis-uso-medicinal.aspx>. Así mismo durante el año 2017 se creó

la Secretaría Técnica de la Comisión para el seguimiento al proceso de diseño, implementación, ejecución y cumplimiento de la reglamentación sobre el uso médico y científico del cannabis.

### **Fortalecimiento del sistema integral de alertas de desabastecimiento de medicamentos.**

Reportes de desabastecimiento de medicamentos, con el fin de realizar el seguimiento al comportamiento de desabastecimiento, caracterización nacional de casos, plan de análisis de alertas presentadas y documentos de interés relacionados con problemas de desabastecimiento de medicamentos esenciales. Link de consulta <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx>

### **Fortalecimiento puerta de entrada de medicamentos en Colombia.**

El Ministerio ha venido trabajando en la reglamentación de dos artículos de la Ley 1753 de 2015, del Plan Nacional de Desarrollo:

**Artículo 71:** Esta reglamentación, facultará el Ministerio, como entidad estatal, para adelantar negociaciones de precios y compra centralizada de medicamentos, ya sea a través de organismos multilaterales, como el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Nacional de Contratación (Colombia Compra Eficiente), o a partir de compras directas. Lo anterior en cumplimiento de los principios de eficiencia de los recursos del sector salud y equidad en el acceso a tratamiento para los colombianos a través de precios basado en valor terapéutico.

**Artículo 72:** La reglamentación se ha trabajado de manera simultánea con las diferentes instituciones involucradas, ya que establece que la evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

Teniendo en cuenta lo anterior y en respuesta al aumento exponencial y sin control de los recobros de medicamentos para pacientes con Hepatitis C al FOSYGA, el Ministerio en cumplimiento de los principios de eficiencia de los recursos del sector salud y equidad en el acceso a tratamiento para los colombianos, implementó la medida de adquirir los medicamentos a través de uno de los tres mecanismos descritos en la reglamentación del Artículo 71 como:

### **Compra centralizada de medicamentos hepatitis C**

Como parte de las políticas orientadas a garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población y de conformidad a lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), y en la resolución 1692 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció los criterios para realizar la compra centralizada de 1.225 medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C crónica, con el propósito de subsanar el impacto negativo en el presupuesto a causa de los precios de medicamentos cobrados/recobrados al sistema de salud 14 veces su precio. Esta compra impacta positivamente el desempeño del sistema de salud, mientras apoya la realización progresiva de la cobertura universal en salud, optimiza los resultados en salud y el desarrollo sostenible. Así mismo las reformas relacionadas con la compra estratégica son facilitadoras del cambio para el sector: i) mejora la equidad, ii) promueve la eficiencia técnica y en la distribución de los recursos y iii) asegura la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Cabe resaltar que la compra de dichos medicamentos se realizó a través del Fondo Rotatorio Regional de la OPS, con quien este Ministerio tiene un acuerdo de participación desde el año 2010, para la adquisición de productos estratégicos de salud Pública. Cabe resaltar que con esta compra el ahorro estimado para el 2017, es de 292 mil millones de pesos, que mejorarán la eficiencia y contribuirán con asegurar la sostenibilidad del sistema. Proceso que

se puede consultar en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx>

### **Sueros antiofídicos**

Como parte de las estrategias de acceso y disponibilidad de medicamentos planteadas en el CONPES 155 de Política Farmacéutica Nacional, se expidió del Decreto 821 de 2017, “*Por el cual se establece el reglamento técnico de emergencia para la obtención del registro sanitario de antivenenos y se adopta la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura para su fabricación Buenas Prácticas de Manufactura para su fabricación*” Lo que permite a la población colombiana que afronta la problemática de ofidiotoxicosis tener acceso a este tipo de medicamentos en función de sus necesidades.

### **Promoción de la donación de órganos**

Teniendo en cuenta la Ley 1805 de 2016, “*Por medio de la cual se modifican la ley 73 de 1988 y la ley 919 de 2004, en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones*”, se ha promovido una campaña de promoción por los principales medios de comunicación, donde se instruyó a la población en general sobre la expedición de dicha Ley y la importancia de la donación altruista de órganos y tejidos para trasplantes y la posibilidad de oponerse en casos de no estar de acuerdo. Campaña que se puede consultar en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/donacion-y-trasplantes-de-organos.aspx>

### **Dispositivos médicos**

Expedición de actos normativos como el Decreto 581 de 2017, “*Por el cual se modifica el Decreto 3770 de 2004 y se dictan otras disposiciones*”, el Decreto 582 de 2017, “*Por el cual se modifica el Decreto 4725 de 2005 y se dictan otras disposiciones. La expedición de estos Decretos. Link de consulta:*

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20581%20DEL%2004%20DE%20ABRIL%20DE%202017.pdf>

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20582%20DEL%2004%20DE%20ABRIL%20DE%202017.pdf>

### **Acuerdo marco para la adquisición de equipos biomédicos**

Apoyo técnico a Colombia Compra Eficiente, en la estructuración del proceso de contratación de un Acuerdo marco para la adquisición de equipos biomédicos. Este acuerdo cuenta con beneficios en la (i) disponibilidad y eficiencia en la compra, (ii) garantías de los equipos, (iii) mantenimientos preventivos, y (iv) capacitaciones.

### 3. SALUD PÚBLICA

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollar acciones de orientación y conducción del Sector Salud en los departamentos y distritos, fortalecer la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública para garantizar el cumplimiento de las competencias en los diferentes niveles territoriales; mejorar la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública, fomentar el mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública, desarrollar un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social. Adicionalmente, este Ministerio tiene la responsabilidad legal de formular políticas, programas, planes y proyectos en salud y además debe regular las políticas en salud, proporcionar asistencia técnica e implantar los mismos, según lo establecen las Leyes 9 de 1979, 715 de 2001 y el Decreto 4107 de 2011 y demás normatividad que sobre la materia se ha expedido.

#### 3.1 Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)

Se ha venido consolidando el proceso para la implementación del PDSP, dentro del cual se destaca la actualización de los Análisis de Situación de Salud (ASIS), con enfoque en determinantes sociales de la salud a nivel departamental, facilitando la identificación de necesidades y prioridades sanitarias, la implementación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de los resultados en salud y bienestar de la población.

Durante el periodo del informe se han fortalecido los procesos en pro de la implementación del PDSP, los cuales se listan a continuación:

- Asistencia técnica al 100% de las entidades territoriales, para elaborar y luego para actualizar los ASIS de las entidades territoriales.
- Asistencia técnica al 100% de las EPS y demás EAPB, para realizar la caracterización de su población afiliada durante el 2016.
- Disposición de los indicadores actualizados, necesarios para la actualización del ASIS, así como indicadores y grupos de riesgo para la caracterización población de las EPS y demás EAPB.
- Actualización de la guía conceptual y metodológica del anexo técnico, para la caracterización de la población afiliada a las EPS y demás EAPB, los lineamientos para la concertación de prioridades y de plataforma para el cargue 2016.
- Abecé de proceso de caracterización.
- Elaboración de boletines electrónicos de ASIS, que facilitan la comprensión metodológica, estadística y epidemiológica para el análisis de las desigualdades sociales en salud. Entre algunos boletines tenemos: 1) Medidas de tendencia central en el Análisis de Situación de Salud: muertes maternas; 2) Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) aplicado al Análisis de Situación de Salud; 3) Medidas de dispersión; 4) Medidas de forma en el Análisis de Situación de Salud: muertes maternas; 5) Paso a paso para la construcción del índice de concentración en Excel. 6) Alpha de Cronbach para la estimación de índices. 7) Transformación de datos violencia interpersonal positivamente asimétricos, Colombia 2013. 8) Años de Vida Potencialmente Perdidos en los accidentes de transporte terrestre en Colombia, 2005 -2013. 9) Riesgo atribuible en expuesto y Riesgo poblacional en análisis de desigualdad: Mortalidad por Intervención legal y operaciones de guerra Colombia 2013. 10) Análisis de la desigualdad por índices de dispersión: en los accidentes de motos en Colombia, 2012 -2014.

- Insumos para la incidencia política resultados de la armonización del plan territorial de salud 2012 - 2015 el sueño y las prioridades departamentales y distritales.
- Elaboración del ASIS nacional 2016.
- Elaboración del ASIS de prioridades departamentales 2016.
- Documento ASIS de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN.
- Fichas ASIS del departamento de la Guajira, Riohacha y municipio de Valledupar, 2017.
- Presentación ASIS de Convivencia y salud mental.
- Realización del primer curso virtual de ASIS y Caracterización de EAPB.
- Avance en el desarrollo de la plataforma de ASIS Web y Caracterización de EAPB Web.
- Disposiciones normativas sobre el proceso de planeación integral en salud, expuestas a través de la Resolución 1536 de 2015.

En la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la Resolución 1841 de 2013, ha orientado en los territorios, el desarrollo de lineamientos y adaptación de metodologías y herramientas y el fortalecimiento de las capacidades para la planeación integral en salud, articulados desde las estrategias definidas para estos fines, los mandatos del PDSP y la Ley Estatutaria (1751 de 2015), a través de los procesos definidos en la Metodología Pase a la Equidad en Salud, los cuales se operan bajo la Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria del PDSP, estos son:

- Alistamiento institucional para la planeación integral en salud en los territorios.
- Ruta Lógica de Formulación del Plan Territorial de Salud (PTS) y los planes operativos (Componente Operativo Anual de Inversiones – COAI y Plan de Acción en Salud PAS)
- Monitoreo y evaluación de PTS-COAI-PAS
- Rendición de cuentas en salud
- Desarrollos tecnológicos del "Portal Web de Gestión PDSP fundamental en el Sistema de Monitoreo y evaluación y su puesta en marcha en el segundo semestre del 2016 para el cargue de los Planes Territoriales de Salud 2016 - 2019
- Consolidación del proceso de planeación territorial, para su sostenibilidad hasta el año 2021

De igual manera, en cumplimiento con lo establecido en las Resoluciones 1841 de 2013 y 1536 de 2015, le correspondió al Ministerio de Salud y Protección Social, transferir los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos a los territorios para la elaboración de los Planes Territoriales de Salud 2016 – 2019 y el Monitoreo y Evaluación de los planes territoriales de salud, articulados a los planes de desarrollo territorial y al PDSP hasta el año 2021.

Los avances alcanzados durante el periodo 2016, a lo corrido del 2017, en el proceso de formación activa para la planeación integral en salud son los siguientes:

- La Estrategia Pase a la Equidad en Salud para la planeación integral en salud, como un conjunto de lineamientos normativos, conceptuales, metodológicos y operativos.
- Durante el 2016, se logró incidir en los procesos de empalme y de plan de desarrollo territorial de las administraciones territoriales y se entregaron los insumos sectoriales e intersectoriales para la planeación territorial y para la formulación de los planes territoriales de salud - PTS del período 2016-2019.
- Actualización del Análisis de Situación de Salud y planteamiento estratégico del componente de salud para los Planes de Desarrollo Territorial, vinculando la visión del Plan Decenal de Salud Pública, la Política de Atención Integral en Salud – Modelo de Atención Integral en Salud, Plan Territorial de Salud armonizado

- Vinculación de las prioridades de salud territorial con las prioridades de las EAPB para incorporar el seguimiento al cumplimiento de las intervenciones de las aseguradoras en el plan de acción en salud de la entidad territorial.
- Asistencia técnica a las entidades territoriales para la formulación de los planes territoriales de salud 2016-2019 con la estrategia PASE a la Equidad en Salud, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.
- Asistencia Técnica para armonizar los Planes Territoriales de Salud PTS, con el Componente Operativo Anual de Inversión COAI y el Plan de Acción en Salud PAS, con cobertura del 100% de los departamentos y distritos del país y asesoría y acompañamiento a los departamentos para expandir la estrategia al 100% de los municipios del país.
- Soporte tecnológico virtual al componente estratégico y operativo del PTS–PDSP
- Asistencia técnica en monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud.
- Avance en el cumplimiento del proceso de cargue del plan Territorial de salud 2016-2019, con los lineamientos técnicos, en el 100% de los departamentos y distritos y 99.6% de los municipios, en el Portal Web de Gestión del PDSP.
- Lineamientos para formulación del Plan Territorial de Salud, con elecciones atípicas, y cargue de ésta en el Portal Web de Gestión del PDSP.
- Los avances en la hoja de ruta del proceso de implementación del PDSP 2012-2015, ha permitido a los nuevos gobernantes contar con: **a)** la ruta que orientará la visión transectorial de la salud en el territorio al 2021; **b)** la Línea de base para el sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública y la aplicación del nuevo proceso de planeación integral en salud; **c)** La línea de base para actualizar y vincular los mandatos territoriales en el Plan de salud Territorial 2016-2019, el cual debía ser aprobado de manera integral con el Plan de Desarrollo para la misma vigencia; **d)** Formulación del Plan de salud Territorial 2016-2019, aplicando las mejoras técnicas identificadas durante el proceso de armonización en el 2015, incorporando las proyecciones financieras para cada año de gobierno y visibilizando en los resultados esperados la apropiación e implementación del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS; **e)** Inscripción y acceso al Sistema de Monitoreo y Evaluación del PDSP para entes de control y entidades territoriales, así como a líderes técnicos de las Oficinas y Direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ahora en cuanto a la Construcción del Capítulo Étnico del Plan Decenal de Salud Pública, tenemos los siguientes avances para el 2016:

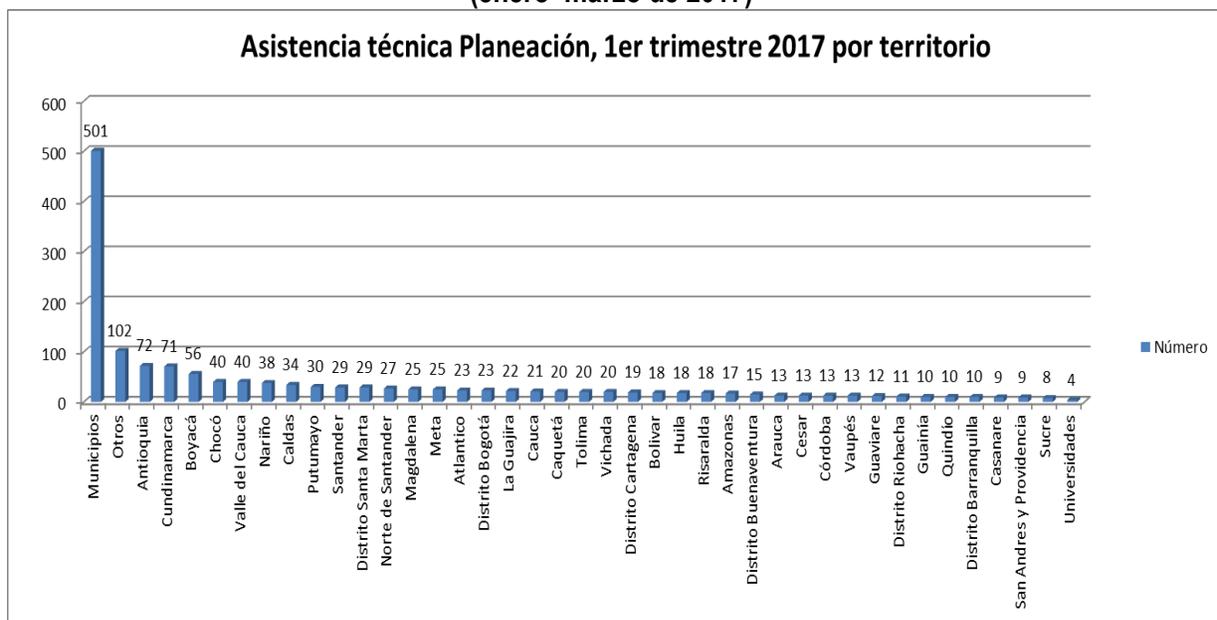
- Se cuenta con un equipo técnico de trabajo con expertísimo en ciencias sociales, enfoque intercultural y en análisis cualitativo acorde a las exigencias técnicas del tema para la elaboración de los documentos requeridos para la construcción del capítulo.
- Se cuenta con las definiciones técnicas, conceptuales y metodológicas para la formulación del capítulo.
- Líneas de base que responden a la identificación de las necesidades percibidas en salud de estas poblaciones.
- Análisis de los insumos recolectados a partir de los Planes Territoriales de salud – PTS según población.
- Caracterización de los pueblos indígenas desde la perspectiva de las ciencias sociales
- Líneas de base sobre el estado de la variable étnica y análisis para la integración de las bases de datos de las fuentes de información en salud priorizadas para el sistema de información indígena y que son requeridas para suplir las necesidades de información.
- Mediante la Resolución 6434 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se efectuó la asignación de recursos para la recolección de insumos del componente indígena del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, en coordinación con la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los pueblos indígenas.

- A partir de la incorporación de los recursos de la citada resolución, las cinco entidades territoriales Caldas, Nariño, Magdalena, Guainía y Cundinamarca y las cinco Organizaciones Indígenas filiales de la Organización Indígena de Colombia – ONIC que fueron definidas por la Subcomisión de Salud adelantan los trámites administrativos y técnicos para el alistamiento de la recolección de los insumos del componente indígena.

Los avances a mayo de 2017, son los siguientes:

- Se consolida el equipo de trabajo cualificado para el desarrollo de los requerimientos del tema.
- Se construyen los lineamientos técnicos e instrumentos para la incorporación de contenidos del capítulo étnicos en los PTS, desde el enfoque diferencial acorde al sistema de monitoreo y evaluación del PDSP en articulación con los demás componentes en desarrollo para la escritura del capítulo étnico y de víctimas del PDSP.
- Se elaboran los lineamientos técnicos para la formulación, validación y concertación de contenidos étnicos en los planes territoriales de salud.
- Se elaboran los lineamientos y herramientas para la definición de metodologías etnográficas aplicadas a la caracterización y análisis situacional de la salud de los grupos étnicos y priorización de problemas acorde con la metodología PASE a la equidad.
- Se adecua la propuesta conceptual, metodológica y operativa para la aplicación de PASE a la equidad en el proceso de planeación en salud con los grupos étnicos y de víctimas.
- Se elabora el Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Colombia y sus determinantes sociales.
- Se adapta la metodología de PASE a la equidad en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) indígena y su aplicación en el proceso de planeación territorial en salud.
- Se definen los métodos epidemiológicos aplicados a la caracterización y análisis situacional de la salud de los grupos étnicos y víctimas.
- Se completa la síntesis de la revisión técnica de la normatividad, las políticas públicas y los determinantes sociales que le aplican a las poblaciones étnicas y a las víctimas del conflicto.
- Se formula el documento con la propuesta de metas, estrategias y acciones sectoriales y comunitarias que deban ser incluidas en el capítulo étnico en el componente comunidades Rom.
- Se continúa en la gestión para la reactivación del espacio de consulta como la instancia de interlocución con esta población del Ministerio del Interior para continuar con la concertación e implementación de la hoja de ruta para la construcción del capítulo étnico con las comunidades Negras y Afro descendientes, Palenqueras y Raizales
- Se desarrollan las mesas de trabajo para la continuidad y cumplimiento de la hoja de ruta para la construcción del capítulo de víctimas del PDSP.

**Gráfico No. 23. Balance de asistencia técnica por departamento o distrito (enero–marzo de 2017)**



Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía

Para estos fines, el Ministerio ha continuado acompañando a las entidades territoriales con el propósito principal de generar capacidades técnicas para la correcta apropiación de los lineamientos y las herramientas que se han dispuesto. Para lo anterior se estableció un mecanismo para recibir la información sobre el cargue de los Planes Territoriales de Salud en el Portal Web de Gestión del PDSP, el cual tiene una mesa de ayuda en SISPRO, los resultados se ilustran en el gráfico No. 23).

### Comisión Intersectorial de Salud Pública - CISP (Decreto 859 de 2014)

Con relación al Decreto 859 de 2014, se ha avanzado con la instauración de la Comisión Intersectorial de Salud Pública -CISP, centrando el trabajo en la abogacía política para afectar positivamente los determinantes de la salud, lo cual se interpreta para el territorio como el acompañamiento que se realiza a los equipos locales para posicionar el plan territorial como un asunto vinculante a la propuesta estratégica de los diferentes sectores del gobierno territorial, es decir, que el plan de desarrollo territorial 2016-2019, introduzca la visión del PDSP y se estructure la apuesta estratégica de salud transectorial, lo cual implica que se deben propiciar los espacios de diálogos y negociaciones con Alcaldes, Gobernadores, Secretarios de Salud, Secretarios de Planeación, para la presentación a los consejos de gobierno y asambleas para aprobación.

A continuación, se presenta una secuencia de los avances de la CISP durante el 2016 y lo transcurrido del 2017:

**Febrero 10 de 2016:** Tercera Sesión Ordinaria. Para esta sesión estaba preparado el tema del “Pacto intersectorial para la promoción de frutas y verduras” pero una semana antes, la instrucción del ministro fue abordar el tema de Seguridad Alimentaria en La Guajira en el espacio agendado para la tercera sesión. Se preparó el nuevo tema entre la Dirección de Epidemiología y la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, pero dos días antes nuevamente se canceló en el Ministerio y se programó el mismo tema desde la Presidencia de la República.

**Abril 20 de 2016:** En reunión entre el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Secretaría Técnica se replanteó el trabajo para la CISP. Con la presencia del Viceministro de Salud Pública y la Directora de Desarrollo Social del DNP se determinó aunar esfuerzos y coordinación para hacerle seguimiento a las acciones que impacten los determinantes sociales de la salud, especialmente con los insumos que están siendo evidenciados en los Planes Territoriales de Salud, los indicadores de resultado que fueron priorizados en el Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud y el Índice de Salud Urbana propuesto por el DNP. Los anteriores insumos deberán consolidarse para nutrir los informes semestrales que deberá entregar la CISP, frente a este tema. En esta misma reunión se definió que los compromisos intersectoriales que se relacionen al cumplimiento de la megameta sectorial se trabajaran en el espacio de la CISP, de la mano de la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud.

**Mayo 10 de 2016:** En reunión técnica entre el DNP y el Ministerio de Salud, se definió que para avanzar en la propuesta del seguimiento a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud se definirá un tablero de control para activar alertas tempranas frente al tema y así poder implementar acciones. El primer paso se está llevando a cabo y es determinar una batería de indicadores que permitan mostrar el rol de los sectores de la CISP en el resultado en salud y el bienestar social.

**Septiembre 20 de 2016:** Se realizó la reunión del Comité Técnico de la CISP, en la cual participaron los delegados de los Ministerios y los Departamentos Administrativos, en ella se presentó la propuesta de los indicadores por dimensión del Plan Decenal de Salud Pública y se planteó el responsable por entidad para su revisión y aprobación.

**Marzo 30 de 2017:** Se realiza la Cuarta Sesión de la Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP y en ella se aprueban:

- El Reglamento Interno de la CISP
- El Tablero de Control el cual busca garantizar y promover los temas de salud pública que son intersectoriales y cuya gestión estará a cargo del Departamento Nacional de Planeación DNP. Su objeto es: 1) Generar información pertinente para la acertada toma de decisiones de política pública; 2) Alertas tempranas para asegurar la consecución de las metas gubernamentales; 3) Aumentar la transparencia y la rendición de cuentas; 4) Impulsar el desempeño conjunto de ministerios y agencias del gobierno; 5) Generar información para hacer la gestión pública más efectiva.
- El Tablero de Control se estructuró de acuerdo con las ocho dimensiones prioritarias del PDSP, contiene 31 indicadores concertados con 11 entidades: 4 de gestión, 13 indicadores de producto (bienes y servicios) y 14 de resultado.
- Se propone realizar una evaluación de las otras comisiones intersectoriales que tratan temas de salud pública
- Determinar el plan de acción para el 2017, el cual se está estructurando con el Departamento Nacional de Planeación

### 3.2 Vigilancia en salud pública

#### Enfermedades transmisibles

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 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.

En tal sentido a continuación se presentan los avances que para el período 1° junio de 2016 a 31 de mayo 2017, que se han venido desarrollando:

- Revisión de los protocolos de vigilancia en salud pública: de Resistencia a antimaláricos, el cual sólo va a estar dirigido a vigilancia de derivados de artemisas y solo para *P. falciparum*, revisión del protocolo de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA, que permita realizar una adecuada intervención en lo referente a brotes y mejorar los análisis del evento para la toma de decisión y revisión del protocolo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS para mejorar la notificación y generar acciones preventivas y mejorar las intervenciones en atención de los brotes en instituciones de salud.
- Avances en la construcción de modelos de análisis incluido sus instrumentos de operación como algoritmos de decisiones para los eventos priorizados en la vigilancia en salud pública para eventos priorizados de enfermedades no transmisibles, vectoriales e inmunoprevenibles.
- La vigilancia con base comunitaria tuvo unos departamentos piloto durante el primer semestre de 2016, sin embargo, es importante ajustar los mecanismos de envío de mensajes de texto para que los promotores y/o gestores en salud puedan reportar oportunamente situaciones inusuales o de alerta a las Secretarías municipales y departamentales. En ese sentido, como complemento a la estrategia, en el primer semestre de 2017, se tendrá una aplicación móvil llamada “Comunidadsalud”, la cual está en producción por parte de la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación – OTIC, que por medio de imágenes y lenguaje menos técnico, permitirá una captación de eventos que puedan generar un riesgo para el individuo o la comunidad y activar las rutas o mecanismos que se tengan en la entidad territorial de manera oportuna para su atención.
- Teniendo en cuenta las fuentes de información disponibles en el SISPRO, de acuerdo con la normatividad vigente para el seguimiento a Cáncer de mama y cuello uterino en menores de 18 años, una de esas fuentes es la de Sivigila. De esta manera se podrá tener una información más específica que permita el seguimiento y la evaluación de la gestión en la aplicación de las RIAS frente a estas patologías.
- En el segundo semestre de 2016, Se elaboró una guía operativa práctica, basada en el enfoque de gestión de eventos emergentes y reemergentes, donde se incluyen los diferentes componentes y acciones de prevención, vigilancia, control y comunicación en salud pública en el marco del “Plan de Contingencia del Sector Salud para la prevención y control de Cólera en Colombia”.
- Se designó a la Dirección de Epidemiología y Demografía como punto focal para apoyar el proyecto Crowdsourcing Zika liderado por el BID.
- En reunión con el Ministerio de Ambiente, se coordinaron acciones en las cuales se requiere establecer el componente de vigilancia epidemiológica de fauna silvestre para el control y prevención de los eventos de interés en salud pública.
- Se han establecido relaciones de Cooperación Internacional con Estados Unidos, para conocer los avances de los programas de apoyo para Zika y de la experiencia de nuestro país.
- Se realizó una evaluación por parte del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, para evaluar la respuesta que tuvo nuestro país frente a Zika.
- Se avanzó en la reunión virtual entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, donde se revisó el comportamiento de los virus de Zika, Dengue, Chikungunya, malaria, Encefalitis Equina del Este y Tracoma en la frontera, así como compartir los protocolos en el manejo de patologías relevantes, dónde se puso establecer el intercambio de información de los eventos de notificación que manejan en cada país para gestión de riesgo, notificación y acciones de vigilancia y control. Establecer canales de comunicación y revisar el análisis de situación de salud fronterizo para la toma de decisiones binacionales.

- Se está revisando el funcionamiento del aplicativo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Binacional SIVEFRONTERA, el cual permitirá tener información de 48 eventos de salud pública, cuya administración la tendrá el departamento de Nariño, para el segundo semestre de 2017, se espera tener la versión en funcionamiento para comenzar el reporte.
- Se está desarrollando la propuesta del proyecto normativo para el segundo semestre de 2017, para definir los estándares municipales de los servicios de vigilancia en salud pública, los cuales tendrán una primera fase de validación con las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud y posteriormente con los actores de las entidades territoriales.

### **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**

Se destaca como lo más relevante lo siguiente:

- Para el primer semestre de 2017 se tendrá la metodología de evaluación y seguimiento de las capacidades básicas como una primera fase, que las entidades territoriales departamentales y distritales usarán para tener una línea de base de sus capacidades básicas en el fortalecimiento de la vigilancia y respuesta en Salud Pública.
- Revisión normativa y documental, encaminada al mejoramiento, innovación y acreditación de los laboratorios.
- Gestión en la regulación normativa frente al registro de laboratorios (RELAB) ajuste jurídico con la implementación del Decreto Único en Salud y revisión por parte de la Dirección Epidemiología y Demografía.
- Desarrollo del documento técnico para la implementación del eje estratégico de investigación en los laboratorios de salud pública, que durante el primer trimestre de 2017, se empezó a construir con los tópicos a tratar.
- Revisión de los avances en la implementación de los estándares de calidad en salud pública por los Laboratorios Nacionales de Referencia.

### **Gestión para el fortalecimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, Centro Nacional de Enlace – CNE y sanidad portuaria**

Avances principales en:

- El Centro Nacional de Enlace – CNE, bajo el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y de lo establecido en el artículo 34 del Decreto 3518 de 2006, mantiene de manera ininterrumpida su operación los 7 días de la semana, 24 horas al día, como enlace central para el intercambio rápido de información, para a respuesta a las emergencias de salud pública, en conjunto con las 38 Direcciones Territoriales de Salud (32 Departamentos y 6 Distritos) y haciendo parte de su Red otras entidades del sector salud y de otros sectores como Ministerio de Ambiente, Agricultura, Comercio, Transporte, Autoridades Migratorias, de Aeronáutica Civil y Cancillería.
- El Centro Nacional de Enlace, mantiene canales permanentes para la recepción de la notificación de eventos e interés en salud pública de importancia nacional e internacional.
- Seguimiento hasta su confirmación de estos eventos, la realización de las comunicaciones a la OMS, ante dichos eventos, mediante la utilización de fuentes oficiales de comunicación epidemiológica provenientes de organismos internacionales, otros países así como las 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, Red de Laboratorio, Instituto Colombiano Agropecuario – ICA, Ministerio de Ambiente 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.

- Comunicación y seguimiento a la gestión relacionada con las acciones de vigilancia, prevención y control de 107 eventos y situaciones de interés en salud pública de interés nacional, brotes de varicela en centros penitenciarios, Fuerzas Militares, brotes de ETA en Instituciones Educativas, Centros de Desarrollo Infantil – CDI; brote de EDA en menores de edad; Brote de Enfermedad Meningocócica en Centros penitenciarios, caso sospechoso de cólera; brote de IRA en centro penitenciario y brote de IRAG; derrames de sustancias químicas; brote de síndrome febril de etiología desconocida; caso de rabia humana; foco de leishmaniasis cutánea; brote de Chagas agudo; brote de malaria; brote de IAAS en Instituciones de Salud.
- Se realiza la gestión para verificación diaria de los rumores que se generan a través del monitoreo de medios para articular la comunicación institucional o intersectorial si es requerida, informando en primera instancia al INS y posteriormente a la entidad territorial.
- Presentación sobre el funcionamiento del CNE y el sistema de Monitoreo de Eventos – SIME en reunión virtual con OPS Washington y OPS Colombia al CNE de El Salvador y de Panamá.
- Participación en reuniones preparatorias para las jornadas de entrenamientos a personal de salud de las zonas veredales y puntos transitorios de normalización, que involucraba las dependencias del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, en este caso Dirección de Epidemiología y Demografía y Dirección de Promoción y prevención, el Instituto Nacional de Salud y con el asesoramiento de los referentes de Postconflicto del Alto Comisionado de Paz, para los profesionales de la salud de las Zonas Veredales de Transición desde el mes de marzo 2017, en el cual se establecieron los canales de comunicación de riesgo y notificación de los eventos que se pudieran llegar a presentar en la población desmovilizada de las FARC y actuar de manera inmediata a través de las ESE y del equipo de las Secretarías apoyando a estos profesionales para atender una posible alerta o emergencia de interés en salud pública.
- Realización de Reunión de Reglamento Sanitario Internacional, los días 21, 22 y 23 de marzo de 2017, con el fin de fortalecer las capacidades para detectar y responder rápidamente a las amenazas en salud pública en las Entidades Territoriales de Salud y los mecanismos de comunicación y coordinación sobre eventos que puedan constituir un evento o riesgo de salud pública de importancia nacional o internacional en Colombia, dirigido a los puntos focales departamentales para el CNE y puntos de Sanidad Portuaria.
- Elaboración y envío de 90 Boletines Diarios de Noticias como resultado del monitoreo de medios, en el marco de la vigilancia basada en eventos.
- Envío de alertas y actualizaciones internacionales a los grupos de contacto nacionales relacionadas con Zika, MERS-CoV, Cólera, Influenza aviar A(H7N9), Fiebre Amarilla, Peste en Madagascar, Foco de Influenza levemente patógena H7-Chile, Enfermedad Meningocócica en Togo, Virus Seoul en EEUU y Canadá.
- Envío a grupos de contactos del CNE, de la Circular 018 de marzo de 2017, relacionada con exigencia y recomendaciones de la vacunación a viajeros nacionales e internacionales, como proceso de divulgación para Fiebre Amarilla, teniendo en cuenta la alerta emitida por Brasil, del aumento de casos de esta patología y la letalidad, por tal motivo se solicitó el carné de vacunación internacional a cuatro países con brote activo de la enfermedad.
- Se mantiene en operación la Red Nacional de Intercomunicación para la vigilancia en salud pública, la cual cuenta con los siguientes recursos tecnológicos e informáticos: a) equipos de telefonía móvil, equipos Smartphone, distribuidos en todo el territorio nacional, los cuales cuenta con plan de voz y datos b) equipos de cómputo asignados en cada una de las 38 Entidades Territoriales de Salud, computadores portátiles en todo el territorio nacional y c) módems internet móvil, que le permiten a los referentes de salud pública, puntos focales CNE, grupo PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) y sanidad portuaria reportar de manera inmediata y oportuna cualquier evento inusual de interés en salud pública, brote y verificar la información obtenida por vigilancia por eventos, recibir asistencia técnica y reportar su disponibilidad.

### Cierre de la epidemia del Zika

En los reportes oficiales del Instituto Nacional de Salud desde el inicio de la fase epidémica semana epidemiológica 35 de 2015, hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, se han notificado 106.659 casos de Zika. La fase post-epidémica fue declarada el día 25 de julio de 2016, la cual correspondía a semana epidemiológica 28 de 2016, hasta esa semana se habían notificado 99.721 casos de Zika y 779 municipios con casos reportados entre confirmados y sospechoso por clínica. A partir de la semana 29 de 2016, hasta la semana 52 del mismo año, se reportaron 4.834 casos.

La incidencia Nacional de Zika durante la epidemia estuvo en 377,7 casos por 100.000 habitantes en población urbana, siendo las entidades con mayor proporción de incidencia San Andrés, Casanare, Amazonas, Arauca y Norte de Santander. La incidencia en la fase post-epidémica es de 18,2 casos por 100.000 habitantes en población urbana, Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Santander, Casanare, Valle del Cauca, Arauca y San Andrés. El 66,4% de los casos confirmados y sospechosos de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo femenino.

Durante la fase epidémica se notificaron 17730, casos confirmados y sospechosos en gestantes que refirieron haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika y en la fase post-epidémica hasta semana 52 de 2016 se notificaron 2016 casos de gestantes. En fase post-epidémica, hasta semana 52 de 2016, se notificaron 274 casos de síndrome neurológico y se notificaron 34 casos con Síndrome de Guillain-Barré - SGB, la mayor proporción de casos está en Valle del Cauca.

Con respecto al seguimiento de microcefalias y otros defectos congénitos durante la fase epidémica, de 1200 casos, 531 se encuentran en estudio (44,3%), 669 fueron ya estudiados y descartados (55,8%), 155 estuvieron asociados a Zika (23,2%), de estos últimos, 115 fueron productos de gestantes sintomáticas (74,2%) y 40 productos de gestantes asintomáticas (25,8%). En fase post-epidémica han notificado 52 casos, lo que suma 538 en estudio y sólo uno ha salido hasta semana epidemiológica 19 de 2017, asociado a Zika, para un total preliminar de 156 casos. Las entidades territoriales donde han sido notificados la mayoría de los casos por lugar de residencia son Norte de Santander, Huila, Tolima, Valle y Cesar.

Comparando el mismo período de semana epidemiológica 1 a 19 de 2016, con respecto a 2017, se han notificado 71.731 y 1.163 respectivamente, con una variación de disminución del 98,3%.

La incidencia a semana 19 de 2017, es de 4,39 casos por 100.000 habitantes en población urbana, sólo Amazonas, Vaupés, Valle del Cauca, Casanare y Guainía reportan incidencia por encima del dato nacional. Para el mismo período de 2017, se han notificado 178 casos de gestantes y 36 casos de síndromes neurológicos, de los cuales 12 ingresaron con Síndrome de Guillain-Barré (SGB)

Como recomendaciones se sigue notificando de acuerdo al protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Enfermedad por Virus Zika en Colombia (INS), siguiendo los lineamientos de diagnóstico emitidos por el INS y los lineamientos de atención de grupos de riesgo del MSPS.

### **Gestión del conocimiento y fuentes de información**

El grupo de gestión del conocimiento tiene dentro de sus competencias la producción, distribución, almacenamiento, evaluación, disponibilidad, transferencia y puesta en práctica del conocimiento. Por lo tanto, los avances en el proceso de gestión de conocimiento se describen teniendo en cuenta el aporte que realiza para generar evidencia científica una actividad de inteligencia sanitaria orientada a informar políticas públicas de salud con equidad e inclusión social

## Producción y acceso de información

Uno de los componentes esenciales para la formulación de políticas, distribución de recursos y seguimiento de los anteriores es la información, razón por la cual, las organizaciones públicas y privadas de cualquier sector trabajan permanentemente para mejorar la cobertura, oportunidad y disponibilidad de información que aporte insumos de alta calidad como apoyo a los tomadores de decisión en cualquier materia y ámbito de ejecución.

Ley 9 de 1979, en el artículo 480, estableció: “La información epidemiológica es obligatoria para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio nacional, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que reglamente el Ministerio de Salud”, la Ley 715 de 2001, reglamentó, que dentro de las competencias en salud por parte de la nación, artículo 42,6 establece: “definir, diseñar, reglamentar de información en salud y el sistema de vigilancia en salud pública, con la participación de las entidades territoriales”, la Ley 1438 de 2011, artículo 112, dice: “Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, al través del Sistema Integrado de información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información”.

A partir del Decreto 4107 de 2011, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de salud y protección social, se definen las responsabilidades y funciones frente al manejo de la información y a la línea de gestión de la gestión de fuentes de información, en la cual se evidencian tres momentos clave: mejoramiento de las fuentes de información, integración a la bodega de datos y salidas de información.

En tal virtud, con el fin de optimizar el uso y aprovechamiento de las fuentes de información que son obligatorias según normatividad, durante el período evaluado se realizaron las siguientes actividades:

- Seguimiento a los indicadores de oportunidad, calidad y cobertura de la fuente de Protección Específica y detección Temprana para el II; III y IV trimestre de 2016.
- Actualización de los lineamientos para el reporte de la fuente de Protección Específica y detección Temprana.
- Generación del lineamiento para el reporte de la fuente de Protección Específica y detección Temprana.
- Integración de las Empresas de Medicina Prepagada al reporte de la fuente de Protección Específica y detección Temprana.
- Auditoría de las fuentes de información de Protección Específica y detección Temprana y Caracterización poblacional.
- Se continuó con el proceso de caracterización de las fuentes para su integración al SISPRO.
- Actualización de las estimaciones para el seguimiento de las entidades territoriales y EAPB.
- Actualización del aplicativo del componente estratégico y operativo CEO.
- Caracterización de la población en ZVTN.
- Análisis de las fuentes de información disponibles para la disposición de nuevas variables para el seguimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

El Ministerio ha venido mejorando progresivamente el acceso a la información a diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es así como para el periodo junio – diciembre del año 2016, se generaron las salidas de información a 373 requerimientos, realizados por los diferentes usuarios, correspondientes a 15.821 indicadores desagregados por año, nivel geográfico, sexo, grupo de edad, etnia, régimen de afiliación a la seguridad social en salud, entre otros. El nivel de desagregación de los requerimientos, estuvo sujeto a la necesidad de información de cada usuario.

Ahora bien, para el primer trimestre del año 2017, se recibieron y se respondió un total de 161 requerimientos de información en salud, obteniendo 93% de cumplimiento en el indicador de requerimientos de información en salud.

### **Análisis de la información**

En salud, la Organización Mundial de la Salud, OMS (WHO, 2012), ha buscado incrementar la capacidad de los sistemas de información de los países para avanzar en la análisis y uso de la información en temas de interés de salud pública de los países. Para lograr esto, insiste en la importancia de difundir información y gestionar el conocimiento a través de diferentes mecanismos como son los Estudios y Encuestas poblacionales y Observatorios que resulten de una necesidad compartida (agendas), concentrados para ser complementados unos con otros y mediante una verdadera colaboración y cooperación en materia de acceso a los datos (Ministerio de Salud y Protección Social, ROSS, 2015).

La agenda con diversos estudios, para el periodo junio 2016 a mayo 2017, presenta los siguientes avances:

- Análisis y socialización de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015.
- Termina la fase de recolección de información e inicia el análisis de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional En Colombia-ENSIN 2015.
- Termina la fase recolección de información de la Encuesta de Salud Escolar – ENSE, e iniciará fase de análisis para tener información en el segundo semestre del año.

Es importante mencionar que los Estudios y Encuestas han proporcionado 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.

Por otra parte, con relación a los diferentes observatorios, se espera sean constituidos como escenarios de gestión de conocimiento que permitan organizar y disponer la información existente en el país, que aporten a la construcción de las políticas, la distribución de los recursos de manera costo efectiva, así como, el seguimiento a las condiciones de salud de la población. En virtud de lo anterior, en el periodo de junio 2016 a mayo de 2017, se fortaleció el trabajo desarrollado por los diferentes observatorios, teniendo en funcionamiento el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia - OSAN, el Observatorio de Discapacidad de Colombia – OND y el Observatorio de Talento Humano en Salud – OTHS, de manera permanente con todos los componentes.

Se tienen 3, que se encuentran próximos a salir en la página Web Observatorio Nacional de Violencias – ONV, Observatorio Nacional de Salud Mental – ONSM, Observatorio Nacional de Calidad en Salud OCaS, Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud de Colombia – ODES. Actualmente se está trabajando en el desarrollo de los planes de análisis que contribuyen a la toma de decisiones, con los observatorios de Talento Humano, Salud Mental y Desigualdades y equidad en salud. Finalmente, dentro de los análisis realizados se ha venido desarrollando el seguimiento a la Mega-Meta de reducción de mortalidad por enfermedades prevenibles, tales como neoplasias, diabetes, enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades de las vías respiratorias inferiores y prematuras, en personas en edades entre 30 a 70 años.

### **Difusión y transferencia de la información**

El Ministerio, junto con las entidades adscritas, generan grandes volúmenes de información que conforman la documentación oficial del sector salud en el país, por lo tanto, con el fin de propender por garantizar el acceso a la información en salud, para el segundo semestre del año 2016, se realizó un mejoramiento al Repositorio Institucional

Digital- RID, sistema de información diseñado como esquema de innovación para gestionar los procesos de eficiencia administrativa y datos abiertos de la Estrategia Gobierno en Línea-GEL. Lo anterior con el fin de acceder a los documentos digitales de la entidad y así apoyar la toma de decisiones de los actores del sistema, a través de la consulta e intercambio electrónico de la información técnica y científica producida por el Ministerio y como parte fundamental de la gestión del conocimiento en salud.

Estas mejoras consistieron en optimizar funcionalidades ya existentes del RID y desarrollar nuevos mecanismos y estrategias para administrar y centralizar la información producida por las Instituciones Adscritas, buscando fortalecer el posicionamiento de la información y disposición de la información sectorial en salud y protección social del país, para así apoyar al cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”, la cual en el Artículo 7, plantea la obligación de disponer la Información en Web y en el artículo 17, reitera que los sistemas de información electrónica sean efectivamente una herramienta para promover el acceso a la información pública.

El RID, en la gestión del conocimiento del Ministerio, es un canal de comunicación efectivo entre los productores de información y los usuarios finales (actores del sistema), que provee información válida, garantiza el acceso a la información y promueve la apropiación del conocimiento. A la fecha están disponibles para consulta 11.686 registros de información, de los cuales 2.409 fueron publicados en el periodo mayo 2016 - junio 2017.

Actualmente el RID está en capacidad de centralizar, gestionar y estructurar el gran volumen de información y disponerla mediante un buscador que permite acceder a la documentación producida por el sector, el cual cuenta con funcionalidades que facilitan encontrar y dar respuesta a las solicitudes de la ciudadanía en general, se pueden encontrar tipos de información tales como: informes, normativa, páginas web, noticias, presentaciones, bases de datos de estudios poblacionales, información financiera, conceptos técnicos, entre otros. Por último, durante el periodo de mayo de 2016 a junio de 2017 se recibieron en total 638.684 visitas y se publicaron en el primer trimestre del año 2017, 402 documentos lo cual corresponde al 82,4% de las solicitudes recibidas de publicación.

### **3.3 Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI**

Dentro del esquema nacional de vacunación se dispone de manera gratuita 21 vacunas a la población colombiana, que la protege contra 26 enfermedades, buscando aportar a la disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades prevenibles por vacuna y aportando al mejoramiento de los resultados en salud, por tal razón Colombia es identificado como uno de los países con el programa de vacunación más completo de la región de las Américas.

#### **Desarrollo de capacidades del talento humano**

Para el 2016, el 100% de Departamentos y Distritos contó con asistencia técnica y fortalecimiento de la gestión territorial, a través de las visitas de abogacía con instituciones responsables de la vacunación, se han consolidado las acciones con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB a nivel nacional y territorial, con el fin de fomentar la gestión del riesgo desde el PAI.

Además, se realizaron actividades con gestores regionales, profesionales y técnicos, médicos pediatras, aseguradores, prestadores, entre otros, fortaleciendo capacidades en los contenidos del PAI y cambio de vacuna de polio oral trivalente por vacuna oral bivalente, logrando realizar 59 asistencias técnicas presenciales y virtuales y 28 reuniones presenciales regionales, aunado a dos reuniones nacionales virtuales nacionales. En nueve entidades territoriales se realizaron acciones de desarrollo de capacidades comunitarias en temas como: esquema nacional de vacunación, política de frascos abiertos, lectura y diligenciamiento del carnet, AIEPI comunitario y socialización de

lineamientos del MSPS, plan de erradicación de polio y cambio sincronizado de vacuna trivalente oral a bivalente oral, sistema de Información nominal del PAI y lineamientos para vacunación contra fiebre amarilla, en el marco del brote presentado en año 2016, presentándose 1 caso en los Departamentos de Vaupés, Choco, Guainía, Vichada, 2 en Meta y 1 en Amazonas procedente de Perú. En total se realizaron 61 talleres en 40 municipios con la participación de 2.172 personas.

En lo corrido del año 2017, las entidades territoriales han recibido asistencia técnica, garantizando su desarrollo en las 37 Direcciones Territoriales. De igual manera se continúa el trabajo con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB a nivel nacional y territorial, con el fin de fomentar la gestión del riesgo desde el PAI.

Con el fin de garantizar coberturas útiles de vacunación a los niños de Centros de Desarrollo Infantil-CDI del ICBF y de los habitantes beneficiarios del programa social nacional de las viviendas con subsidio pleno, tanto en el año 2016 como 2017 se adelantó, en conjunto con las entidades territoriales, la puesta al día de los esquemas de vacunación.

En lo referente al componente de capacitación y fortalecimiento del talento humano, en la competencia laboral "Administrar Inmunobiológicos, se mantiene un trabajo articulado entre el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, el MSPS y las entidades territoriales de Salud del nivel departamental. (cobertura 4.540 personas profesionales y técnicos 2.126 en el 2016).

Se emitieron documentos normativos entre los cuales están los lineamientos nacionales PAI 2016 y 2017; en 2016 se elaboraron 4 documentos de lineamientos de jornada nacional (enero, abril, agosto y octubre), un documento de lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la Vacuna Oral Bivalente contra la Poliomiélitis-VOPb, en el esquema de vacunación permanente del PAI, así mismo se elaboró un documento de lineamientos para el abordaje integral de brotes de enfermedad meningocócica en el contexto de la atención integral en salud. Lineamientos de jornada nacional (enero y abril) del año en curso.

Se elaboró material impreso con información general acerca de las vacunas para padres y cuidadores de niños y niñas; buscando visibilizar el programa y de esta manera fortalecer la demanda inducida a nivel territorial. Se actualizó, imprimió el Manual Técnico Administrativo del PAI, como material técnico de apoyo para fortalecer los conocimientos del personal de salud de las IPS, a través del contrato No. 498 de 2016, suscrito por este Ministerio con la Imprenta Nacional de Colombia.

En el marco del Plan estratégico para la erradicación mundial de la poliomiélitis y la fase final 2013-2018, se desarrolló el Plan de cambio sincronizado-switch, de la vacuna oral trivalente contra la poliomiélitis-VOPt a la vacuna oral bivalente-VOPb; así como el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida desde el Instituto Nacional de Salud y de las acciones de levantamiento de inventarios de laboratorios y eliminación de muestras de riesgo, dando cumplimiento a los parámetros establecidos internacionalmente.

En cumplimiento de uno de los compromisos internacionales se elaboró, se envió a la Organización Panamericana de la Salud, el informe de Reporte Nacional Fase I - GAP III: contención WPV/ VDPV/Sabin 2 y Preparación para la contención de poliovirus, previa aprobación del comité nacional y se elaboró el plan nacional de fiebre amarilla 2017 – 2022

### **Gestión de conocimiento**

Dando cumplimiento al objetivo del Plan del Proyecto de Vacunación Nacional numeral 4. "Desarrollar investigaciones o estudios para medir el impacto y costo efectividad de la vacunación" se realizó la segunda fase del estudio de efectividad de la vacunación de gestantes con vacuna DTaP para la reducción de mortalidad y morbilidad grave, en el

marco de la estrategia de control de tos ferina que se culminó en la presente vigencia; en convenio con la Universidad de Antioquia.

Igualmente se realizó la Implementación de la vigilancia centinela de rotavirus, neumonías y meningitis bacterianas prevenibles con vacunas y se obtiene la primera cohorte de información del comportamiento de los serotipos de neumococo en la población menor de 5 años.

Frente a la situación presentada, de bajas coberturas de vacunación de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano, se adelantó convenio con el IETS con el objetivo realizar el estudio. “Seguridad de vacuna de VPH”; de igual manera se publica el Estudio Programa Piloto de Monitoreo de la Vacunación con vacuna Tetravalente Contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Colombia, Publicado el 14 de julio del 2016.

### **Sistemas de información**

Sistema de información Nominal del PAI el sistema cuenta a la fecha con las siguientes versiones, la cuales fueron actualizadas el 1 de junio del año en curso:

#### **Sistema de información nominal del PAI en versión WEB**

Se encuentra implementado en el 80% (2.225/2.786) de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS- vacunadoras del país, a la fecha falta por implementar el Distrito de Bogotá, debido a que el Distrito ha desarrollado su propio sistema de información, el cual se encuentra implementado en 370 instituciones vacunadoras, que corresponden al 13% del total del país (2.786). El Ministerio, para subsanar esta dificultad, se encuentra diseñando un servicio WEB, el cual se encargará de ingresar, actualizar y consultar la información de una base de datos (PAIS) integrada con la información de los dos sistemas.

#### **Sistema de información nominal del PAI en versión desconectada**

El sistema de información de Colombia cuenta con una versión desconectada para aquellas instituciones vacunadoras que no tienen servicio de internet, debido a su ubicación geográfica y dificultades de acceso. Desde el año 2016 se realizó la implementación de dicha versión en 16 departamentos de Colombia y un total de 137 de 2.786 IPS del país lo que corresponde a 5%.

Esta versión tiene operando el módulo de aplicación de biológicos, cargue y movimiento de inventarios y procesos de importación y exportación de datos entre PAI desconectado y PAI WEB.

#### **Sistema de información nominal del PAI en versión móvil**

El sistema de información Nominal cuenta con una versión móvil, para su instalación en equipos celulares y Tablet, esta versión está desarrollada en sistema operativo Android y IOS, cuenta únicamente con el módulo de aplicación de biológicos y el objetivo para su desarrollo era proporcionar una herramienta exclusiva para trabajo extramural por parte de los vacunadores.

Adicionalmente, el sistema de información nominal del PAI cuenta con una mesa de ayuda de acceso telefónica en la línea 5893750 y vía correo en la cuenta [soportepai@minsalud.gov.co](mailto:soportepai@minsalud.gov.co), respondiendo inquietudes de todos los usuarios

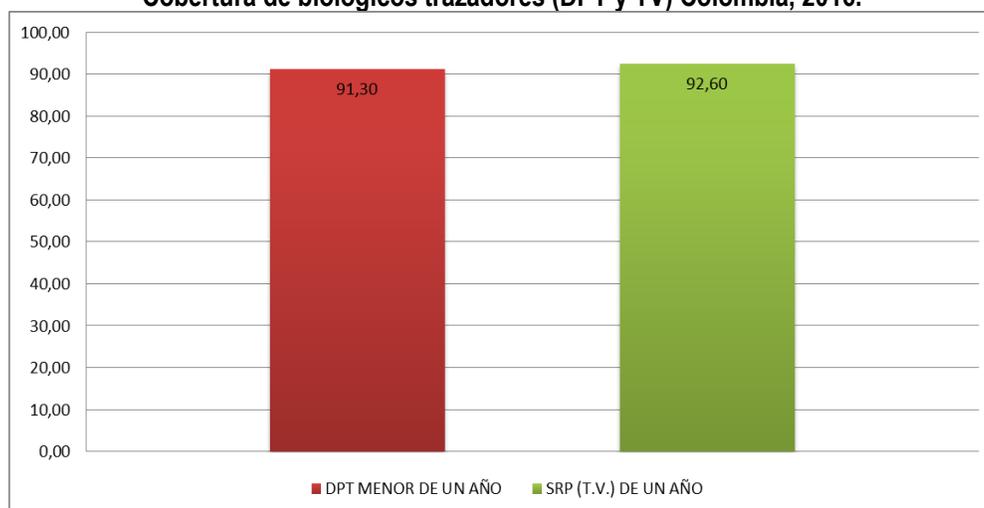
### **Cadena de frío**

Desde el año 2016, se trabaja con las diferentes entidades territoriales en el fortalecimiento de la cadena de frío en los niveles departamentales y locales, mediante proyectos de renovación y adecuación de centros de acopio y montaje de cuartos fríos, con cofinanciación del MSPS total de \$ 2.854 millones, que ha permitido mejorar aspectos relevantes en los departamentos de Norte de Santander, Nariño; Huila, Bolívar, Choco y el municipio de Cúcuta. Para el cumplimiento y verificación de condiciones técnicas de almacenamiento desde el nivel nacional, se realizaron los procesos de calificaciones operacionales y de desempeño de los tres cuartos fríos nacionales, con calificación positiva. Como estrategia de fortalecimiento a los componentes de cadena de frío y gestión de insumos del programa se participó en el taller subregional sobre las operaciones de la cadena de frío, suministro y gestión de vacunas con participación de representantes de 11 países y 20 representantes de varias entidades territoriales del país; convocado por la Organización Panamericana de la Salud–OPS.

### Indicadores

El cumplimiento de coberturas de vacunación para el 2016, en el marco del Objetivo 4 de ODM, se muestra en la siguiente gráfica, que para Difteria, Tosferina y Tétano (DPT) en menores de 1 año la cobertura fue del 91,3% y con triple viral (TV) en 1 año de edad del 92,6%.

**Gráfico No. 24**  
**Cobertura de biológicos trazadores (DPT y TV) Colombia, 2016.**



Fuente: Plantillas de Reporte Mensual - Sistemas de Información – MPS. Fecha de corte: diciembre de 2016.

Respecto al consolidado 2016, de los biológicos trazadores para los ODM, correspondientes a la vacuna de DPT, para menores de 1 año y de triple viral para niños de un año de edad por entidad territorial<sup>2</sup>, encontramos que Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Caldas, Norte de Santander, Quindío, Risaralda y Valle Del Cauca, obtuvieron coberturas iguales o superiores al 95%, con DPT y Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá D.C., Guainía, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada, obtuvieron coberturas iguales o superiores al 95% con triple viral.

Con corte a abril de 2017, las coberturas de vacunación están en 30,6% (meta a abril 31,7%), en los dos trazadores, DPT, en niños menores de un año y triple viral en niños de un año, entre los departamentos con cumplimiento para DTP,

<sup>2</sup> Las coberturas alcanzadas a través del programa de vacunación, por regiones, pueden consultarse a través de los siguientes enlaces:

<http://www.sispro.gov.co/Pages/Contruva%20Su%20Consulta/Vacunacion.aspx>

<http://www.sispro.gov.co/Pages/M%C3%B3dulos%20Geogr%C3%A1ficos/MapaVacunacion.aspx>

están: Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Huila; Norte de Santander, Quindío, San Andres y Valle del Cauca y con cumplimiento y los departamentos con cumplimiento para triple viral son Amazonas, Arauca, Barranquilla, Cartagena, Boyacá, Caldas, Guainía, Guaviare, Huila, Santa Marta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca. (Ver tabla No. 25)

**Tabla No. 25. Indicadores Programa Ampliado de Inmunización (registrados en SINERGIA):**

INDICADOR	Resultados 2015	Resultados 2016	Resultados 2017 (Abril )
Biológicos incorporados en el Esquema Nacional de Vacunación	21	21	21
Cobertura de vacunación en menores de un año con terceras dosis de pentavalente	91,4%	91,3%	30,6%
Cobertura de vacunación en niños de un año de edad con triple viral	94%	92,6%	30,6%
Cobertura de vacunación con tercera dosis de DPT en niños menores de un año - Pacífico	Cauca = 88,2%	Cauca = 91,7%	Cauca = 31,3%
	Choco = 82,4%	Choco = 82,3%	Choco = 25,0%
	Nariño = 91,3%	Nariño = 90,3%	Nariño = 31,0%
	Valle del Cauca = 96,8%	Valle del Cauca = 95,4%	Valle del Cauca = 32,3%
	Buenaventura D. = 64,2%	Buenaventura D. = 64,4%	Buenaventura D. = 20,5%
Departamentos con el nuevo sistema de información nominal del PAI implementado y funcionando	36/37	36/37	36/37
Cobertura de vacunación con tercera dosis de DPT en niños menores de un año - Llanos	Arauca = 93,2%	Arauca = 105,3%	Arauca = 35,5%
	Casanare = 92%	Casanare = 91,4%	Casanare = 30,9%
	Meta = 87,7%	Meta = 89,0%	Meta = 20,8%
	Vichada = 70,1%	Vichada = 67,5%	Vichada = 17,4%

Fuente: Plantillas de Reporte Mensual - Sistemas de Información – MPS. Fecha de corte: diciembre de 2017

### 3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional

#### Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional–CISAN

Participación permanente y activa en las mesas técnicas de la CISAN, convocadas por el DPS, brindando el acompañamiento técnico requerido y el desarrollo de las actividades planteadas en el plan de trabajo, el cual se orientó en dar continuidad en la gestión territorial, la dinamización de la participación social y comunitaria para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), la reformulación de la política de SAN a cargo del DNP y la generación de rutas que respondan a situaciones de emergencias en SAN.

#### Lineamientos de política pública en SAN para grupos étnicos

En el marco de compromisos y acciones conjuntas desarrolladas por la CISAN, el MSPS, desde la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas (SSNAB), construyó el anexo étnico al PNSAN 2012-2019, por medio de un proceso de participación, socialización y validación con las comunidades indígenas y afro-descendientes.

Este anexo integra necesidades y expectativas de los grupos étnicos y los concreta en lineamientos conceptuales, metodológicos y programáticos, que orientan, atendiendo a lo expresado por las organizaciones y comunidades con

las que se trabajó, las actuaciones institucionales en relación con la seguridad alimentaria y nutricional de esta población, respetando sus particularidades culturales.

### **Estrategia de fortalecimiento de capacidades territoriales en seguridad alimentaria y nutricional: Planes territoriales de SAN–planes de salud**

Construcción, validación de la estrategia de fortalecimiento de capacidades en SAN en el marco de los planes territoriales de salud, la cual se implementó en 8 departamentos (308 personas participantes delegadas de comités departamentales de SAN, líderes de grupos étnicos y organizaciones de mujeres). Permitted profundizar en el análisis de la SAN bajo el enfoque de determinantes sociales, con los actores involucrados a nivel departamental y orientación frente a la formulación de acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales de SAN, 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.

### **Emergencias en Seguridad Alimentaria Nutricional**

Se logró formular, validar y llevar a cabo el piloto de implementación de la ruta de atención integral para la SAN, en situaciones de emergencias, como instrumento orientador del nivel nacional, en los territorios priorizados: Santander, Cauca, Chocó y La Guajira.

### **Surgimiento de eventos no previstos**

Debido a la necesidad de continuar implementando los diferentes procesos descritos, se realizó una prórroga del convenio 1042, por un periodo de 5 meses, priorizando los procesos de:

Seguimiento y evaluación en SAN permitiendo la afinación de la plataforma tecnológica SYESAN; registro de acciones en SAN de las entidades de la CISAN a nivel nacional; socialización de la plataforma a referentes de SAN y de planeación a nivel territorial, logrando participación de 32 departamentos y 4 distritos.

Lineamientos de política pública en SAN para grupos étnicos y la transversalización del enfoque de género en las estrategias de salud nutricional, logrando la presentación de resultados del proceso de construcción participativa y la articulación de acciones con el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) en el espacio de la sub-mesa de Salud Indígena.

### **Atención integral a la desnutrición**

#### **Programas de atención integral en salud y nutrición con enfoque comunitario**

El programa de atención integral en salud y nutrición estuvo dirigido a las mujeres gestantes, niñas y niños menores de cinco años de edad y sus familias, que residen en la zona rural dispersa de los municipios de Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia del departamento de La Guajira, por ser esta población la más vulnerable. En 2016 (a mayo), se han atendido 5.091 familias, en 549 comunidades, 352 gestantes, 3.453 menores de 5 años, de los cuales 103 niños y niñas han sido identificados con desnutrición aguda moderada o severa y han iniciado tratamiento con Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) y se encuentran en seguimiento periódico.

#### **Línea de atención a la desnutrición**

Para el año 2016, a partir de marzo, inicia el funcionamiento el número gratuito 018000955590 y la dirección de correo electrónico [lineaatenciondesnutricion@minsalud.gov.co](mailto:lineaatenciondesnutricion@minsalud.gov.co). La línea nacional presta los servicios de información, asesoría y direccionamiento a la población en estado de vulnerabilidad nutricional, 24 horas al día y siete días a la semana. Dispone de un mecanismo para la traducción a *wayuunaiki*, de forma tal que se garantice la orientación a los casos de consulta por parte de población no hispano parlante. Desde el inicio y hasta mayo de 2016, se han recibido 468 notificaciones, de las cuales 14 reportes son de mortalidad, 442 reportes de niños y niñas con desnutrición aguda (283 notificaciones corresponden a La Guajira y el restante a otros departamentos como Cauca, Nariño, Meta, Cundinamarca, entre otros) y 12 requerimientos en diferentes temas.

### **Inclusión del evento de la desnutrición aguda en el SIVIGILA**

A fin de hacer seguimiento a los casos de niños y niñas menores de 5 años con esta patología y se realice el seguimiento a la gestión de los casos al interior del sistema.

### **Avances de gestión, indicadores SINERGIA**

#### **Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000 menores)**

El INS realiza seguimiento a la veracidad y calidad de los datos reportados como casos notificados mediante unidad de análisis. Se realiza en los entes territoriales de salud de los departamentos de Cundinamarca y Vichada un taller sobre la socialización de la resolución 5406, así mismo, se socializa con el Centro Zonal del ICBF–Cundinamarca y operadores del programa de recuperación nutricional a nivel nacional. Se implementa la resolución 5406 de 2015, se realiza seguimiento en el departamento de La Guajira y se continúa gestionando un convenio con UNICEF que buscará implementarlo y hacer seguimiento en el resto del país.

### **Departamentos con el sistema de vigilancia nutricional poblacional implementado**

Se mantienen las actividades rutinarias de vigilancia nutricional (bajo peso al nacer, morbilidad por desnutrición aguda moderada y severa en menor de 5 años, y la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años), a través del aplicativo SIVIGILA, en el territorio nacional. Se continúa con la fase II del pilotaje de vigilancia en salud pública comunitaria en el departamento de La Guajira y se continúa con el desarrollo de la propuesta de sistema de alerta temprana en desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y del aplicativo de vigilancia comunitaria que ha sido objeto de afinamiento y adecuación para ser usado en el ámbito web mediante formulario.

### **Prevención y reducción de las deficiencias de micronutrientes**

Actividades adelantadas:

- Se fortalecen, en el Comité Nacional para la Prevención y Control de Deficiencia de Micronutrientes CODEMI, las mesas intersectoriales de trabajo de cada una de las líneas de acción de la estrategia de prevención y control de las deficiencias de micronutrientes (diversificación de la alimentación, bio-fortificación de alimentos, acciones prioritarias en salud, fortificación de alimentos, suplementación con micronutrientes).
- Se involucran al Ministerio de Cultura y Ministerio de Agricultura en el CODEMI, con apuestas como la política de cocina tradicionales y la coordinación de la mesa de bio-fortificación de alimentos, con temas de bancos de semillas y agricultura urbana.
- Construcción de los lineamientos técnicos para el abordaje intersectorial de la diversificación de la alimentación en Colombia.

### **Alimentación y nutrición materno infantil: estrategia nacional de Bancos de Leche Humana (BLH)**

- Para 2016, se ha programado la apertura de seis (6) bancos, en los departamentos de Atlántico, Magdalena, Valle del Cauca, Cauca, Norte de Santander y Huila. Se realizó entrenamiento a 73 funcionarios de los BLH de Cali, Santa Marta, Cúcuta, Neiva, Barranquilla y Popayán.
- Con los recursos transferidos por el MSPS, los hospitales Universitarios Fernando Troconis de Santa Marta, Universitario del Valle, Evaristo García de Cali y Erasmo Meoz de Cúcuta, adquirieron e instalaron equipos para el funcionamiento de los BLH.
- Se ajustó la resolución de lineamientos técnicos para el funcionamiento de los BLH, en el marco de la Resolución 2674 de 2013, el Decreto 1595 de 2015 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018.

### **Promoción de la alimentación saludable**

#### **Estrategia de reducción del consumo de sal (ENRCS)**

- Gestión del proyecto normativo “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 ENRCS”; surtió consulta pública nacional pendiente para su publicación en consulta pública internacional.
- Inicio de la II fase de la estrategia con priorización de 6 categorías de alimentos, conformación de las respectivas mesas técnicas de discusión, recolección de información mediante, monitoreo rápido del rotulado en almacenes de grandes superficies; análisis de la información; revisión, con las mesas técnicas, para fijar objetivos y niveles de reducción; avance en el establecimiento de metas de reducción para dos categorías de alimentos.
- Análisis y reporte de los resultados del plan piloto para la reducción del contenido de sodio en preparaciones priorizadas, conclusiones que sirven como insumo para su aplicación a nivel territorial. Inicio del trabajo de la mesa del sector gastronómico para la construcción de la guía técnica para la promoción de la alimentación saludable en restaurantes.
- Avance en la construcción del sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción del consumo de sodio.
- Se realizó la campaña de sensibilización para la reducción del consumo de sal con el lema “La Sal Oculta” enviando piezas comunicativas a las direcciones territoriales de salud y otros actores a fin de ser utilizadas como herramienta de trabajo en el tema.

### **Avances de gestión del indicador SINERGIA “Instrumentos regulatorios para la prevención del exceso de peso”**

A mayo de 2016, se realizó la construcción del soporte técnico para remisión al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo como paso previo a la consulta internacional del proyecto de reglamento “Por la cual se establece el reglamento técnico que define los contenidos máximos de sal-sodio y los plazos de cumplimiento para la reducción en alimentos priorizados en el marco de la Estrategia Nacional de Reducción del Consumo de Sodio y se dictan otras disposiciones”.

### **Recomendación de ingesta de energía y nutrientes**

- Se cuenta con el documento técnico que soporta el acto normativo, explica la necesidad de actualizar la normativa nacional y plantea los usos en planificación, evaluación dietética, rotulado nutricional y fortificación de alimentos, entre otros.

- Se ha realizado asistencia técnica, fortaleciendo la capacidad del talento humano de los departamentos de Caldas, Casanare, Guainía, Caquetá, Atlántico y Distrito de Barranquilla en conceptos básicos de esta normativa.

Avances de gestión del indicador SINERGIA “Departamentos que implementan el Programa de Prevención y Reducción de Anemia en niños entre 6 y 23 meses de edad en el marco de Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia”

- Avance en la implementación de fase I (Alistamiento y Socialización) en los territorios nuevos: Nariño, Guainía y Sucre y continuación de las fases 2 y 3 (implementación y seguimiento) en los territorios que ya han avanzado: Bolívar y La Guajira.
- Avance en el proceso de desarrollo de capacidades a nivel territorial con IPS y EAPB.
- Finalización del operativo de campo de la evaluación de procesos del programa.

### Gestión de la calidad e inocuidad de alimentos

#### Reglamentos, normas y planes en materia de inocuidad de los alimentos desarrollados

Expedición de actos administrativos que establecen requisitos sanitarios que deben cumplir alimentos de interés sanitario y que buscan la protección de la salud humana.

**Tabla 25. Actos administrativos de requisitos sanitarios**

Decreto o resolución	Reglamentario de la ley	Objeto o tema reglamentado
Circular 0031 del 4 de agosto de 2015	Ley 9 de 1979	Directrices para la aplicación de la normatividad sanitaria de alimentos para consumo humano.
Resolución 2690 del 24 de julio de 2015	Ley 9 de 1979	Por la cual se establecen las directrices para la formulación del Programa de Verificación Microbiológica del Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne y Productos Cárnicos Comestibles.
Resolución 3168 del 26 de agosto del 2015	Ley 9 de 1979 - Decreto Ley 019 de 2012	Por la cual se modifica el artículo 37 de la Resolución 2674 de 2013.
Resolución 3709 del 23 de septiembre del 2015	Ley 9 de 1979	Por la cual se modifica parcialmente la resolución 4506 de 2013 modificada por la Resolución 2671 de 2014.
Resolución 562 del 25 de febrero del 2016	Ley 9 de 1979	Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios y de inocuidad de la carne de chigüiro ( <i>Hydrochoerus hydrochaeris</i> ), destinada para el consumo humano y las disposiciones para su beneficio, desposte, almacenamiento, comercialización, expendio, transporte, importación o exportación.

Fuente: MSPS

De igual manera, se adelantó el proceso de elaboración y consulta pública de los proyectos de resolución “Por la cual se establece los requisitos sanitarios que debe cumplir el azúcar para consumo humano que se fabrique, almacene, transporte, importe y comercialice en el territorio nacional” y “Por la cual se modifican los artículos 6 y 11 de la Resolución 3929 de 2013, la cual establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que deben cumplir las frutas y las bebidas con adición de jugo (zumo) o pulpa de fruta o concentrados de fruta, clarificados o no, o la mezcla de éstos que se procesen, empaquen, transporten, importen y comercialicen en el territorio nacional”.

#### Modelo de inspección, vigilancia y control de los alimentos en el marco de las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF)

Se adelantó la revisión del modelo conceptual técnico y operativo para la vigilancia en salud pública y la inspección, vigilancia y control de los alimentos en el marco de las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF); posteriormente, se inicia el proceso de elaboración de lineamientos para la implementación y desarrollo de este modelo bajo las directrices y competencias establecidas en la Resolución 1229 de 2013.

#### **Trabajo intersectorial en inocuidad de alimentos:**

Logros o resultados relevantes:

- Presidencia del Comité Técnico de Bioseguridad para Organismos Vivos Modificados de consumo en salud y alimentación humana.
- Participación en el Comité Técnico Nacional de Bioseguridad Agrícola y Ambiental y en las mesas de trabajo del convenio de diversidad biológica y el protocolo de Cartagena. Participación en las reuniones de autoridades competentes en inocuidad de los alimentos de la Comunidad Andina -CAN

#### **Apoyo gestión de los TLC, en proceso de negociación en lo referente a las medidas sanitarias y fitosanitarias**

Se participó en la implementación del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y la Unión Europea, en el marco del Acuerdo de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

#### **Avances de gestión, indicador SINERGIA “Casos reportados de enfermedades transmitidas por alimentos”**

A mayo, se notificaron (por las entidades territoriales) 4.582 casos y 241 brotes, según publicación del Boletín Epidemiológico Semanal de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública – Instituto Nacional de Salud, semana epidemiológica 21 (acumulado a mayo de 2016, datos preliminares).

### **3.5 Enfermedades transmisibles**

De acuerdo con lo establecido en el PDSP 2012-2021, se debe promover el adecuado cumplimiento y desarrollo en lo correspondiente a la Dimensión “Vida saludable y Enfermedades Transmisibles”, a través de la generación de espacios de acción transectorial y comunitario, con el fin de garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, mediante la utilización de un modelo de intervención transectorial denominado Estrategia de Gestión Integral (EGI).

#### **Tuberculosis (TB)**

Colombia con una incidencia que, aunque ha disminuido hasta llegar a una cifra cercana a 25 casos por 100.000 habitantes, el número total de casos se ha mantenido estable, en los últimos años, presentado un promedio de casos que asciende a más de 12.000. Así mismo, se presenta una alta proporción de coinfección TB/VIH (10-20% de los casos detectados con TB presentan coinfección con VIH). La tuberculosis resistente a los medicamentos es un problema operativo importante y anualmente unos 150 casos son reportados con multidrogorresistencia (TBMDR), sin embargo, se estiman en cerca de 300 anuales.

En el país se ha tenido una reducción de la mortalidad por tuberculosis en más del 40% en comparación con la línea de base de 1990. Asimismo, se ha incrementado el éxito terapéutico entre los pacientes con tuberculosis pulmonar

con baciloscopia positiva. Sin embargo, el éxito terapéutico se ve afectado esencialmente por la pérdida en el seguimiento y el fallecimiento de casos durante el tratamiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social apoya la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis post 2015 (resolución WHA67.1 2014). Para avanzar en la implementación de la Estrategia Mundial, este Ministerio con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y otras importantes instituciones, desarrolló el Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025, El Plan promulgado por Colombia cuenta con tres líneas estratégicas que buscan poner fin a la tuberculosis:

- LÍNEA ESTRATÉGICA 1. Prevención y atención integral centradas en los afectados por tuberculosis.
- LÍNEA ESTRATÉGICA 2. Compromiso político, protección social y sistemas de apoyo en Colombia.
- LÍNEA ESTRATÉGICA 3. Investigación operativa e implementación de iniciativas y herramientas innovadoras para el control de la tuberculosis en Colombia

Durante el año 2016 y lo que va corrido del año 2017, el país, a través de convenios de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones y el Proyecto de Fondo Mundial de lucha contra la tuberculosis en Colombia, ha fortalecido líneas estratégicas en población vulnerable y en territorios con la mayor carga de enfermedad. Así mismo, se ha continuado con la compra centralizada de medicamentos de los esquemas normados de tratamiento de la tuberculosis y la tuberculosis resistente a fármacos antituberculosos y el giro de recursos de transferencia con destinación específica a las entidades territoriales de orden departamental y distrital, por un valor de \$6.889 millones para 2016 y \$7.165 millones en 2017, para complementar y fortalecer las acciones propias del programa de prevención y control de la TB.

Se continuó el desarrollo de asistencia técnica para el fortalecimiento de los Programas de Tuberculosis y lepra para los Departamentos y Distritos de tres formas diferentes:

- Reuniones presenciales de tipo regional y nacional realizada en el año 2017
- Asistencia técnica utilizando canales virtuales al 100% de las DTS
- Asistencia técnica presencial para entidades territoriales priorizadas tales como Buenaventura y La Guajira” y 5 reuniones regionales

Así mismo es importante aclarar que se encuentra en construcción (Fase de diseño) del sistema de información para Tuberculosis.

## **Lepra**

Colombia, desde hace más de 10 años, ha presentado tasas por debajo de la meta de eliminación. El número de casos de Lepra o Enfermedad de Hansen, asciende a 300 casos nuevos por año. Entre los casos nuevos detectados para el año 2016, el 75% son clasificados como lepra multibacilar; más del 30 % presenta algún grado de discapacidad al momento del diagnóstico. Las entidades territoriales que presentan mayor número de casos notificados son Norte de Santander, Santander y Valle del Cauca.

Durante el periodo del informe, el país ha trabajado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación, el Instituto Colombiano de Medicina Tropical, entre otras instituciones, en la adaptación de la estrategia mundial. Con este trabajo busca llegar a menos de un caso por millón de habitantes con discapacidad asociada a esta enfermedad.

Además, para complementar y fortalecer las acciones propias del programa de prevención y control de la lepra, el Ministerio giró recursos de transferencia con destinación específica a las entidades territoriales de orden departamental y distrital, por valor de \$1.653 millones para 2016 y \$ 1.719 millones para 2017. Así mismo, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se ha garantizado la Poliquimioterapia para todos los casos detectados a nivel nacional; para el 2016, un total de 394 pacientes con tratamiento al finalizar el año.

### **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Resistencia Bacteriana (RAM)**

Actualmente, el sistema de vigilancia de infecciones asociadas a dispositivos médicos, vigilancia del consumo de antibióticos y resistencia a los antimicrobianos ha implementado en 316 instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS, de dieciocho direcciones territoriales del país, lo cual, comparado con el año inmediatamente anterior, presenta variación en el número de IPS y DTS, aumentando en 68 y 3 respectivamente, como se muestra a continuación

**Tabla No. 26. IPS con acompañamiento en tema de IAAS y resistencia bacteriana, por ente territorial- UCI Adultos**

<b>Departamento</b>	<b>Número de IPS</b>
Distrito de Bogotá	89
Antioquia	41
Valle del Cauca	34
Distrito de Barranquilla	23
Santander	22
Cundinamarca	10
Caldas	11
Cartagena	26
Risaralda	9
Meta	5
Boyacá	14
Huila	1
Norte de Santander	9
Quindío	16
Tolima	6

Fuente: Ministerio de Salud y P.S. – Dirección de Promoción y Prevención

Como respuesta a la situación detectada frente a este evento, se ha adelantado el proceso de validación del Programa y del Plan de Implementación 2018-2021, así mismo se están construyendo las herramientas para implementar dicho programa, las cuales están compuestas por:

- Manual de Aislamiento para IPS.
- Protocolo para el manejo de Brotes de IAAS.
- Acto administrativo para la conformación de comités de infecciones.
- Estrategia de higiene de manos
- Evaluación de riesgo en las IPS en IAAS y RAM.
- Asistencias técnicas virtuales para el abordaje de los brotes.
- Construcción de la Circular “Intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, prevención y control de la transmisión de cepas bacterianas Gram negativas, con resistencia a colistina en Colombia”.
- Construcción del Plan Nacional de Resistencia Integrada.

### **Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID)**

Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) priorizadas en Colombia, de acuerdo al Plan Nacional interprogramático de prevención y control de las EID, son la Oncocercosis, el tracoma, las geohelmintiasis y las ectoparasitosis (tungiasis, escabiosis, pediculosis, larva migrans cutánea y la miasis). Corresponden a un tema nuevo en la agenda de salud pública del país y el foco de intervención está en las poblaciones más pobres y vulnerables como los grupos étnicos y la población rural dispersa, que padecen de manera crónica estas patologías y sufren las consecuencias adversas asociadas

### **Ceguera por tracoma**

El primer foco de tracoma en Colombia se encontró en Vaupés, se ha intervenido durante 4 años con la estrategia SAFE (por las iniciales en inglés de S=Cirugía, A=Administración masiva de Azitromicina a las poblaciones en riesgo; F=Promoción de la higiene Facial; E= Acciones de Saneamiento básico e higiene en las comunidades afectadas por el tracoma) recomendada por la OMS para la eliminación de esta enfermedad. Se han operado 76 de los 147 pacientes identificados con las formas avanzadas de la enfermedad para reposicionar su párpado e impedir que progrese esta ceguera de los departamentos de Vaupés, Guaviare, Guainía y Vichada.

En el año 2016, se realizó la evaluación del impacto de la estrategia SAFE en el departamento del Vaupés. Para ello se aplicó una encuesta que arrojó como resultado la prevalencia de tracoma como se describe en la siguiente tabla:

**Tabla No. 27. Prevalencia del Tracoma**

departamento	Prev. ff (1-9 años)	Prev. tt (pob. general)	Año encuesta
VICHADA	15,5%	0,00%	2016
PUTUMAYO	3%	0,2%	2016
CAQUETÁ	1,9%	0,0%	2016

Fuente: MSPS. Programa de EID

Durante los años 2016 y 2017, se está haciendo búsqueda de formas avanzadas de esta enfermedad en poblaciones vulnerables, principalmente indígenas de otros departamentos.

En el primer semestre de 2017, se han desarrollado capacidades en el talento humano de las secretarías de salud de las entidades territoriales endémicas, en los diferentes componentes de la estrategia SAFE con el fin de ser implementados en su totalidad recomendados por la OMS.

### **Geohelmintiasis y desparasitación antihelmíntica masiva**

El control de las geohelmintiasis es otro tema nuevo en la agenda de la salud pública del país, priorizado en el Plan Nacional Integral e Interprogramático para la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) 2013-2017. Las metas programáticas en el corto plazo son: disminuir la proporción de niños severamente infectados por cualquier geohelminto o su combinación, a menos de 1x1000 habitantes; en el largo plazo, disminuir la prevalencia de las Geohelmintiasis a menos del 20% en niños en edad escolar (5 a 14 años).

En concordancia con lo anterior, se han desarrollado capacidades en el talento humano de las secretarías de salud de las entidades territoriales para la implementación del Lineamiento de Desparasitación Antihelmíntica Masiva, en el marco de la estrategia “Quimioterapia Preventiva Antihelmíntica de OMS”, lo que ha permitido la formulación de planes operativos que incluyen estas actividades; debido a esto, a nivel nacional, se observó un leve ascenso en el indicador de cobertura en población escolar, pasando de 11,8% en 2014 a 14,5% en 2015, para el año 2016, el reporte preliminar

es de 26.32%. A la fecha, los departamentos de Bolívar, Córdoba, Caldas y el distrito de Cartagena y Bogotá no participan del programa de donación de Albendazol.

El aporte realizado por el MSPS, ha estado representado, además de la asistencia técnica a los actores del sistema, en la gestión ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), para adquirir el Albendazol. A continuación se relacionan las cantidades de Albendazol donado y entregado a las entidades territoriales desde el 2014 hasta la fecha, como insumo base para el programa, procedente del Programa de Donación de Albendazol de la OMS:

**Tabla No. 28. Distribución territorial de dosis de Albendazol**

Entidad territorial	Cantidad			
	2014	2015	2016	2017
AMAZONAS	9.200	8.200		12.600
ANTIOQUIA		14.000		14.000
ARAUCA	34.800	34.000		
ATLANTICO	30.000		12.400	27.600
BARRANQUILLA			18.800	22.600
BOYACA		4.400		7.600
CAQUETA		104.200		136.600
CASANARE		33.200		63.800
CAUCA	20.000		253.200	118.000
CESAR				26.800
CHOCO	14.000	122.800		100.000
CUNDINAMARCA	19.400	15.600		21.800
GUAINIA		9.800	2.800	
GUAVIARE	30.200	15.000		
HUILA			2.200	4.200
LA GUAJIRA		174.400		150.000
MAGDALENA	293.000	145.200		
META		51.600	37.600	57.800
NARIÑO		8.800	217.600	131.000
NORTE SANTANDER	239.600	207.800		
PUTUMAYO	49.400	59.800		23.200
QUINDIO	72.200	71.000		
RISARALDA				8.400
SAN ANDRES	11.800	10.000		
SANTANDER				71.400
SANTA MARTA	124.600	66.000		
SUCRE	231.200	114.600		230.200
TOLIMA	3.600	3.400		2.000
VALLE DEL CAUCA		220.000	103.000	377.000
VAUPÉS	1.200	6.000		12.000
VICHADA	6.600	6.000	600	6.000
<b>Subtotal ENTREGADO</b>	<b>1.190.800</b>	<b>1.505.800</b>	<b>648.200</b>	<b>1.624.600</b>

Fuente: MSPS. Programa de desparasitación

### **Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)**

A cierre del año 2016, el grupo de Vigilancia de IRA del Instituto Nacional de Salud, reportó, un total de 6'246.914 consultas externas y urgencias por IRA, lo que representa el 6,4 % de las causas de consulta por éstas modalidades; presentando una disminución respecto al año anterior, dado que la IRA representaba el 7.3% con respecto del total de las consultas por todas las causas. Se registraron 598 casos de muerte por IRA, en niños menores de cinco años (aumento el 6.21% respecto al 2015), situación que puede ser comprendida entre otras cosas por el fortalecimiento a

nivel territorial de la notificación de los casos, así como el incremento en la circulación de virus de Influenza y Virus Sincitial Respiratorio.

Para el corte de la Semana Epidemiológica 21 de 2017, se han notificado al SIVIGILA 180 casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, mostrando una disminución del 25% de los casos respecto al mismo periodo del año 2016.

La fase inicial de implementación del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA; se desarrolló durante el año 2016, en el marco del convenio de Cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud que se celebró entre el Ministerio y la OPS, con el cual se contó con la contratación de 12 profesionales que apoyaron los procesos a nivel local dejando a cierre los siguientes resultados:

Implementación de áreas Demostrativas y Entidades Territoriales Priorizadas (Copacabana-Antioquia, Barranquilla-Atlántico, Riohacha-La Guajira, Cartagena-Bolívar, Guainía, Buenaventura, Nariño y Cauca), fueron los lugares en los que inició la implementación de las estrategias intersectorial, institucional y comunitaria. Dichos lugares cuentan con densidad poblacional y ubicación geográfica diferente; en estas áreas se llevó a cabo el despliegue de actividades para cada una de las estrategias, permitiendo el posicionamiento del programa en las entidades territoriales, administradoras de planes de beneficio y prestadores de servicios de salud que hicieron parte de este proceso.

Durante esta implementación se actualizaron y ajustaron las guías operativas, instrumentos e indicadores que se diseñaron previamente, de este modo, se cuenta con herramientas adaptadas a la realidad de los territorios. Se realizaron 17 talleres a personal de salud con el fin de generar capacidades relacionadas con la atención de niños menores de 5 años con IRA. Con líderes comunitarios se realizaron 34 talleres, para generar capacidades relacionadas con la prevención, manejo en casa y búsqueda de atención en salud. Respecto a las actividades relacionadas con la vigilancia en salud pública, se apoyó la realización de unidades de análisis en el departamento de La Guajira.

En lo relacionado a estrategias de comunicación, se diseñaron dos comerciales para radio y televisión grabados a finalizar el año 2016, campaña titulada “¡Gripa, a metros!” el cual comenzó a rodar por emisoras y canales nacionales los cuales contiene cinco mensajes clave sobre prevención de la IRA y signos de alarma para acudir al médico.

Durante los primeros cinco meses de 2017, se ha continuado fortaleciendo la implementación del programa en las entidades territoriales que iniciaron en 2016, así como en las priorizadas para el año 2017. Para esto se han realizado 4 asistencias técnicas virtuales con 10 entidades territoriales: Vaupés, Vichada, Risaralda, Arauca, Amazonas, Guaviare, Caquetá, Santander, Cesar y Bolívar. Se realizó una capacitación presencial con el departamento de Vaupés, la cual tuvo como objetivo la presentación de las guías de práctica clínica relacionadas con la atención de infección respiratoria aguda al personal de la secretaria de salud y profesionales del área médica del departamento.

Se ha realizado gestión con la Liga Colombiana Antituberculosa y de Enfermedades Respiratorias para la difusión de la estrategia comunitaria del programa, para esto se llevó a cabo una capacitación a los formadores de formadores de la liga antituberculosa, con la información de las guías del programa, haciendo especial énfasis en la guía comunitaria. Adicionalmente se ha realizado un trabajo colaborativo con el DPS, para difundir la estrategia comunitaria del programa en la población objeto de prosperidad social.

### **Indicadores SINERGIA**

- Tasa de mortalidad por EDA, en niños menores de cinco años (a semana epidemiológica 21): 11,7 casos por 1'000.000 menores de cinco años.
- Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de cinco años: 4.1 casos por cada 100.000 niños menores de cinco años.

## **Estrategia de gestión integral para las enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos**

Las enfermedades de transmisión alimentaria abarcan un amplio espectro y constituyen un problema de salud pública creciente en el mundo. La contaminación de los alimentos puede producirse en cualquier etapa del proceso, desde la producción al consumo de alimentos (“de la granja a la mesa”) y puede deberse a la contaminación ambiental del agua, la tierra o el aire.

Con el convenio entre el Ministerio de Salud y la OPS en 2016, se inició la construcción de la “Propuesta de Estrategia de Gestión Integrada EGI para las Enfermedades Transmitidas por Agua, Suelo Y Alimentos ETAS”. Para la construcción de la estrategia se empleó la metodología de marco lógico; la construcción de árbol de problemas se realizó a partir de 4 mesas de trabajo, las cuales incluyeron actores de: Academia, sector salud central, entidades territoriales de salud y gremios productivos/otros actores.

Adicionalmente, en el año 2017, se realizó la entrega de las directrices sobre prevención, manejo y control de las ETA dirigido a Fuerzas Militares y construido conjuntamente con ellos y finalmente la participación en la actualización del protocolo nacional de vigilancia de la ETA.

## **Enfermedades transmitidas por vectores**

En el marco de la Estrategia de Gestión Integrada y a través de planes estratégicos y el plan de contingencia para Zika, se permitió el posicionamiento en la agenda pública de los eventos, el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, la intensificación de acciones de promoción, prevención y control de los vectores, la generación de lineamientos de atención, acciones de promoción, prevención y la gestión de recursos.

Se realizó asignación de recursos de funcionamiento por \$45.782 millones y de inversión por \$2.850 millones, para trabajar en el marco de la estrategia. Con apoyo de la Oficina de Gestión Territorial de Emergencias y Desastres, se están gestionando otros \$2.000 millones para trabajar directamente en las ciudades que representan mayor carga de enfermedad. Fueron financiados insumos (insecticidas, larvicidas, maquinas, toldillos) por \$2.138 millones desde el MSPS.

Adicionalmente, en el marco de atención ante la contingencia generada por la introducción del Zika al territorio Nacional, mediante la circular 002 del 7 de enero de 2016, se autoriza el uso de recursos de balance del SGP–salud pública, para la atención de las contingencias derivadas por el fenómeno del niño, entre ellas Zika, Dengue, Malaria, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas, los cuales asciende a \$120 mil millones en los departamentos y distritos.

## **Arbovirosis: Dengue, Zika y Chikunguña**

Es importante anotar que al ser el mismo vector el que trasmite estos tres virus (Dengue, Zika y Chikunguña), las acciones que se realizan para su prevención y control son las mismas.

Durante el 2016 y 2017, se fortaleció la vigilancia epidemiológica en salud pública, con énfasis en enfermedades transmitidas por vectores y se emitieron lineamientos al personal de salud para facilitar la detección temprana de casos, diagnóstico y manejo, así mismo, se promovieron y desarrollaron estrategias y mecanismos de coordinación intersectorial, para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención y respuesta inmediata ante la posible presentación de casos o brotes y se preparó a los servicios de salud para la atención de casos, en los diferentes niveles de atención.

En el caso específico de ZIKA, por ser una enfermedad emergente de reciente aparición, fue necesario, para fortalecer la capacitación de los profesionales de salud y mejorar la calidad de servicio, emitir lineamientos de atención clínica integral para pacientes con virus Zika, mujeres embarazadas expuestas al virus Zika, pacientes con síndrome neurológico con énfasis en Guillain Barre y anomalías congénitas con énfasis en microcefalia, así mismo, fue necesario reforzar las acciones de control del vector por medio de lineamientos de cepillado de tanques e implementación de toldillos y se definieron líneas necesarias de investigación con cooperantes internacionales y se dejó en cabeza del INS, la dirección y seguimiento de estos procesos de generación de conocimiento, estos documentos son de libre consulta a través de la página del Ministerio en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/virus-zika.aspx>

Desde el junio del año 2016, el País se encuentra en la fase post-endémica, en la que se ha evidenciado la tendencia a disminuir del evento como se muestra en la siguiente tabla, por tanto las acciones se han enfocado al monitoreo de los planes de contingencia, acciones de vigilancia entomológica, control de inservibles, fortalecimiento y sostenibilidad de acciones comunitarias para el control de criaderos y fumigación selectiva de escuelas, cárceles, hospitales y guarniciones militares, además ya están activos los procesos de investigación y se está realizando seguimiento nominal a las gestantes, síndrome de Guillain Barre, microcefalias y en general a los recién nacidos de madres expuestas al virus.

**Tabla No. 29. Comparación eventos 2016 con 2017**

Evento	2016	2017
<b>Dengue</b>	<b>103822</b>	<b>14152</b>
sin signos de alarma	61220	8384
con signos de alarma	41555	5616
grave	1047	152
<b>Chikunguña</b>	<b>19566</b>	<b>619</b>
confirmados por laboratorio	209	7
confirmados por clínica	19133	587
sospechosos	224	25
<b>Zika</b>	<b>106659</b>	<b>1342</b>
confirmados por laboratorio	9799	3
sospechosos por clínica	96860	1139

Fuente: SIVIGILA INS

Con el seguimiento de los planes se ha evidenciado que actualmente se cuenta con planes de contingencia para Chikunguña y Zika en implementación y seguimiento en 37 Direcciones Territoriales de Salud (DTS), todas activaron sala situacional en el marco de la unidad de gestión del Riesgo, se cuenta con estratificación y focalización en el 100% de sus municipios a riesgo por enfermedades transmitidas por Aedes, de los cuales el 97%, cuenta con un plan de contingencia estandarizado por la Nación y el 3% restante está en proceso de actualización de este plan.

Las intervenciones se enfocaron en establecimientos especiales como colegios, cárceles, IPS y cementerios entre otros, gracias al inventario que se encuentra en cada dirección, se ha realizado capacitación de personal médico no solo en el marco de la vuelta a Colombia sino por iniciativa regionales. El Ministerio continúa trabajando para orientar acciones a realizar a nivel territorial y por tal razón se ha iniciado un trabajo con los municipios más afectados por estas enfermedades y se ha iniciado el cambio de planes de contingencia a un plan estratégico que permita intensificar acciones

## **Malaria**

En el año 2016, se registró transmisión epidémica durante la mayor parte del año, en los departamentos de Chocó, Nariño, Antioquia, Amazonas, Buenaventura, Guainía, Córdoba y Cauca, registrándose 90,8 % de los casos de malaria no complicada; el departamento del Chocó aportó el 56,4 % de todos los casos. Para este año se reportaron un total de 83.356 casos de malaria, de los cuales el 92% (81.862), fueron casos de malaria no complicada, el 8% (1 494 casos), fueron de malaria complicada y se confirmaron 19 muertes por malaria.

La situación anterior estuvo influenciada por la constante migración interna de población de susceptibles y portadores de parásitos hacia áreas endémicas en donde se realiza intensa explotación de minería ilegal y la expansión de cultivos ilícitos, los cuales se constituyen en los principales determinantes que favorecen la transmisión epidémica.

En el marco de la implementación del programa Nacional para la prevención de la malaria, se relacionan las principales acciones

- Definición de las Rutas integrales de atención en salud de malaria, en el marco del Modelo de atención integral en salud.
- Emisión del Lineamiento para la atención y control de brotes de malaria
- Elaboración de lineamientos para apoyar la implementación de la estrategia de prevención primaria con Toldillos y Mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración
- Emisión de circular ministerial con los lineamientos para la gestión de los planes de contingencia de atención de la transmisión epidémica de malaria en Colombia, el acceso al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en las localidades rurales dispersas.
- Concertación y formulación de Planes estratégicos en Malaria para los departamentos de la Costa Pacífica (Chocó, Valle del Cauca, Nariño, Cauca y el Distrito de Buenaventura)

En el marco de la asistencia técnica de manera específica se realizaron las acciones relacionadas a continuación:

- Apoyo y asistencia técnica permanente a la Dirección territorial de salud -DTS Chocó para atención de la situación de epidemia causada por malaria en 22 municipios del Departamento.
- Apoyo y asistencia técnica a las Direcciones territoriales de salud -DTS de Chocó y Risaralda para la atención del brote presentado en las localidades indígenas y afro de las zonas limítrofes de los departamentos y a la DTS del Guainía, para la formulación, gestión y atención de las actividades establecidas en el plan de contingencia de malaria, en la zona interfronteriza Colombo venezolana
- Apoyo y asistencia técnica a la DTS del Amazonas, para la implementación de la estrategia de prevención primaria con Toldillos - TILD.
- Apoyo y asistencia técnica al Distrito de Buenaventura, y el departamento de Nariño para la reorganización y desconcentración del Personal del Programa Distrital de Promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores -ETV.
- Apoyo y asistencia técnica para la elaboración de los planes de contingencias para malaria, de los Departamentos de Vichada y Antioquia (Vigía del Fuerte).

### **Seguimiento y evaluación de los planes de prevención y control de las Direcciones Territoriales de Salud**

- Seguimiento regular a la ejecución de los recursos de transferencia, en el marco de los planes operativos anuales (2016), el cual refleja el gasto en operación y gestión de los programas de prevención y control de los factores de riesgo que inciden en las ETV en los diferentes departamentos y distritos.

- Monitoreo y seguimiento a la implementación del plan de contingencia de Malaria de los departamentos de la Costa Pacífica y Municipios prioritarios, teniendo como logros los siguientes: la conformación de equipos de respuesta departamentales, disposición de fondos y transferencias desde la nación a las DTS, detección y verificación del brote, comunicación del riesgo, declaratoria de la emergencia y elaboración de planes para la atención de los brotes.

### **Coordinación sectorial, intersectorial y cooperación internacional**

- Seguimiento y apoyo técnico al Proyecto binacional para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, atención, prevención y control de la malaria en las localidades de la frontera colombo panameña, en coordinación con la OPS/OMS.
- Validación y levantamiento de línea de base piloto, para el inicio de fase de control a pre eliminación en el marco de la eliminación de la malaria establecida en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada -EGI – ETV., en coordinación con la OPS/OMS.
- Evaluación piloto de EGI – ETV en cuatro programas departamentales endémicos de malaria, con el apoyo y coordinación del MSH Internacional.
- Seguimiento y evaluación a las guías para la gestión de antimaláricos en el primer nivel en salud, en coordinación con la OPS/OMS.
- Participación y coordinación con el INS, en el establecimiento de la Red de conocimiento de investigación en malaria.

### **Enfermedad de Chagas**

Las principales acciones realizadas en 2016 y lo que va corrido del año 2017, en el marco del subprograma de prevención y control de enfermedad de Chagas, se resume a continuación:

Elaboración de la Ruta Integral de Atención (RIA). En el marco del Modelo de Atención en Salud MIAS, se elaboró la ruta de atención integral para el paciente con enfermedad de Chagas, con lo cual se prioriza el evento.

Implementación del piloto para la reducción de barreras de diagnóstico y tratamiento del paciente con Chagas. En convenio con la ONG Internacional, DNDi, se elaboró y puso en marcha el proyecto piloto que busca, articulado a la RIA, se busca reducir las barreras en términos del tiempo y los distintos obstáculos de acceso a los servicios de salud que los pacientes especialmente de zonas rurales enfrentan para acceder a la confirmación diagnóstica y posteriormente al tratamiento etiológico y sintomático. Al respecto se tomaron, para el piloto, cuatro municipios Coromoro-Santander, Nunchía-Casanare, Soata-Boyacá y Tame-Arauca los cuales presentan mayor prevalencia de la enfermedad y los que se habían certificado previamente como libres de la transmisión vectorial intradomiciliario.

Actualización de algoritmo diagnóstico: A través de la validación de pruebas de ELISA convencional y de ELISA recombinante, se modificó el algoritmo de diagnóstico de la enfermedad. La tamización se continúa con una ELISA convencional, pero la confirmación que antes se hacía con una prueba de Inmunofluorescencia indirecta IFI, la cual requería de equipo e insumos especializados, los cuales se hacían únicamente en grandes capitales del país y en el Instituto Nacional de Salud, se cambia a una ELISA recombinante, la cual se puede hacer en un centro de salud de un municipio categoría seis.

Actualización del plan de certificación de la interrupción de transmisión. Se seleccionaron para tal fin 24 municipios, ante la organización mundial de la salud OMS, para ser certificados, mediante el cumplimiento de 4 indicadores: Seronegativización de menores de 5 años en las zonas rurales; reducción a menos del 1% de los índices de infestación

vectorial intradomiciliar; rociamiento de las viviendas con insecticidas de acción residual y vigilancia epidemiológica estricta en las zonas endémicas. Se generaron los lineamientos respectivos para el desarrollo de proyectos específicos de promoción, prevención y atención de pacientes diagnosticados con Chagas en los departamentos y se realizó el acompañamiento y la asistencia a las direcciones territoriales de salud.

### Gestión de insumos y medicamentos

Se garantizó durante toda la vigencia, la estimación de necesidades, compra, distribución y seguimiento de pruebas de diagnóstico, insecticidas de acción residual, potes fumígenos, equipo, toldillos y medicamentos para garantizar las acciones en salud contempladas en el PIC, de manera que los programas territoriales cuenten con los elementos necesarios para atender las necesidades de la población en cuanto a promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral del paciente con enfermedad de Chagas.

### Leishmaniasis

Hasta la semana epidemiológica 52 del año 2016, se notificaron al sistema de información SIVIGILA, 10.743 casos de Leishmaniasis, de los cuales 10.561 casos, fueron de la forma cutánea y corresponden a un 98,6 %, 122 casos de Leishmaniasis mucosa, que corresponden al 1,1 % y 27 casos confirmados de Leishmaniasis visceral, que corresponden al 0,3 %. Respecto al mismo periodo del año 2015, se presentó un aumento de 2.843, es decir 35,9 % de variación. Los casos de Leishmaniasis se concentraron en los departamentos de Tolima, Antioquia, Norte de Santander, Santander, Meta, Chocó, Risaralda, Caldas, Cundinamarca, Nariño, Bolívar, Caquetá, Guaviare y Boyacá, que concentraron el 93,4 % de la notificación de casos a semana 52 de 2016.

Se registraron casos en 285 municipios y tres distritos; en Rovira (Tolima), con el 9,8%; Ortega (Tolima), con el 4,7%; Pueblo Rico (Risaralda) y Rioblanco (Tolima), con el 4,3% cada uno; La Macarena (Meta), con el 3,5 %; Chaparral (Tolima), con el 2,3%; Anorí (Antioquia), con el 1,9%; Valdivia y Taraza (Antioquia), con el 1,8% cada uno; Samaná (Caldas), San José del Guaviare (Guaviare), El Carmen de Bolívar (Bolívar), Tumaco (Nariño) y Arboledas (Norte de Santander), con el 1,6 % cada uno; notifican el 42,6 % de los casos.

Para leishmaniasis cutánea el 74,7 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 29,4 % de los casos pertenecen al régimen excepción y el 57,8 % al régimen subsidiado; el 20,4% de los casos se registraron en pacientes entre 20 y 24 años. El 4,1 % de los casos se han notificado en etnia indígena y el 3,2 % en afrocolombianos, el 76,1 % de los casos de leishmaniasis visceral se presentaron en menores de cinco años, el 52,4 % registrado en el sexo masculino y 85,7 % refieren afiliación en el régimen subsidiado. En este contexto, el ministerio de salud, realizó las siguientes acciones:

**Tabla No. 30. Distribución de insumos para el control vectorial en leishmaniasis visceral confirmados en el país**

Departamento	Municipio de destino con transmisión de Leishmaniasis visceral	tipo de transmisión de LV	Nº TILD asignado
1. Sucre 13.000 unidades	1.1. Ovejas	alta	3000
	1.2. Chalan	baja	1000
	1.3. Sincelejo	baja	3000
	1.4. Sampués	baja	4000
	1.5. Los Palmitos	baja	2000
2. Córdoba 17.100 unidades	2.1. San Andrés de Sotavento	media	5100
	2.2. Tuchín	media	5500

Departamento	Municipio de destino con transmisión de Leishmaniasis visceral	tipo de transmisión de LV	N° TILD asignado
	2.3. Moñitos	baja	3000
	2.4. San Pelayo	baja	3500
3. Bolívar - 8.500 unidades	3.1. El Carmen de Bolívar	alta	8500
4. Huila - 3.500 unidades	4. 1. Neiva	media	3500
5. Tolima - 2.800 unidades	5.1 Coyaima	baja	2800
<b>Total asignados a las DTS</b>			<b>44.900</b>

Fuente: SET – Dirección de Promoción y Prevención

Distribución de insumos para el tratamiento anti leishmaniásico de los casos confirmados en el país según el siguiente cuadro:

**Tabla No. 31. Suministro de Medicamentos Antileishmaniasicos 2016**

DEPARTAMENTO	Antimoniato de Meglumina Saldo a 31 de Diciembre	ENVIO Glucantime MAYO	Miltefosina 50 mg SALDOS A 31 Diciembre	ENVIO MILTEFOSINA MAYO	Pentamidinaisetionato SALDOS A 31 Diciembre	ENVIO MAYO PENTAMIDINA
AMAZONAS	1.156		168		19	
ANTIOQUIA	45.594	40.000	8.140		231	
ARAUCA	1.001		84			40
ATLANTICO	280		28	56	25	
DIST. BARRANQUILLA	241	300	252		45	
BOGOTA	860		280		200	
BOLIVAR	10.204	7.000	277	840	60	
BOYACA	8.960		185	168	375	
CALDAS	3.215	8.000	481	224	94	
CAQUETA	9.723	7.000		1.064	15	20
DIST. CARTAGENA		500		56		40
CASANARE	400	400	84	56	5	
CAUCA	3.640	2.500	778		40	
CESAR	2.396	500	168		40	
CHOCO	1.237	15.000	177	896	40	
CORDOBA	8.400	6.000	756	224	217	
CUNDINAMARCA	3.008	4.800	455	56	200	
GUAINIA	4.342		360			100
GUAJIRA	3.600		168		30	
GUAVIARE	9.357	8.000	1.260			200
HUILA	2.567	500	280		100	
MAGDALENA	309	400	84		140	
META	27.373	18.000	2.184	1.008	241	
NARIÑO	15.124	10.000	560	1.176	190	
NORTE DE SANTANDER	4.859	1.000	2.735		175	
PUTUMAYO	12.547	3.500	756	336		200
QUINDIO	448	400	84		151	
RISARALDA	3.109	5.000	476	56	255	
SAN ANDRES						
SANTANDER		23.000	894	672	16	
DIST. SANTA MARTA	120	400	168	0	80	
SUCRE	17.550	0		224	200	
TOLIMA	1.620	18.000		1.344		200
VALLE	11.520	4.000	750		274	
VAUPES	14.028		840		25	

DEPARTAMENTO	Antimoniato de Meglumina Saldo a 31 de Diciembre	ENVIO Glucantime MAYO	Miltefosina 50 mg SALDOS A 31 Diciembre	ENVIO MILTEFOSINA MAYO	Pentamidinaisetonato SALDOS A 31 Diciembre	ENVIO MAYO PENTAMIDINA
<b>VICHADA</b>	7.900		1.204		25	
<b>TOTAL</b>	<b>236.688</b>	<b>184.200</b>	<b>25.116</b>	<b>8.456</b>	<b>3.508</b>	<b>800</b>

Fuente: SET – Dirección de Promoción y Prevención

Distribución de insumos para el diagnóstico y tratamiento de los casos de malaria confirmados y reportados por las Direcciones Territoriales de Salud.

**Tabla No. 32. Distribución Medicamentos para tratamiento de Malaria.**

Entidad territorial	Artemeter + Lumentantrina (20mg+120mg) (blister por 6 tabletas)	Artemeter + Lumentantrina (20mg+120mg) Blister por 12 tabletas	Artemeter + Lumentantrina (20mg+120mg) Blister por 18 tabletas	Artemeter + Lumentantrina (20mg+120mg) Blister por 24 tabletas	Cloroquina base 150mg Tablet	Primaquina 15mg Tablet	Primaquina 5mg Tablet	Quinina Solución para infusión 300 mg/2 ml Ampollas	Quinina 300mg Tablet	Artesunato sutorio 50 mg Unidades	Artesunato sutorio 200 mg Unidades	Artesunato Ampolla 60mg
AMAZONAS	490	220	880	1.020	50.000	78.400	11.800	100	-	60	60	180
ANTIOQUIA	300	100	700	3.700	52.000	68.000	6.000	127	2.000	-	-	550
ARAUCA	10	10	10	-	2.500	1.680	100	-	7	-	-	58
ATLANTICO					2.000							
BARRANQUILLA					2.000	2.800	300					
BOGOTA	336	34	220	700	1.970	3.010	350	30	390	-	-	450
BOLIVAR	-	-	-	70	20.000	24.000	-	50	-	-	-	-
BOYACA	20	-	20	20	2.500	2.600	500	30	-	-	-	120
BUENAVENTURA	280	700	530	2.360	12.000	16.800	4.200	120	-	420	420	580
CALDAS	10	10	-	200	2.000	2.800	600	-	14	-	-	730
CAQUETA	10	10	10	10	2.500	-	-	-	-	-	-	-
CARTAGENA					2.000							
CASANARE					2.000							
CAUCA	390	410	578	1.972	4.000	4.200	1.400	130	200	-	-	100
CESAR	-	-	-	20	500	1.400	440	28	-	-	-	50
CHOCÓ	3454	3660	7309	24000	205000	175000	41695	260	24000	2236	1984	850
CORDOBA	100	-	50	300	14.000	20.300	4.000	100	-	-	-	100
CUNDINAMARCA	-	-	-	-	2.000	-	300	-	-	-	-	-
GUAINIA	200	153	550	1260	38000	56000	21000	160	400	60	60	0
GUAVIARE	110	70	80	460	2.000	8.000	2.500	50	-	-	-	-
HUILA					3.000	4.200	1.000					
LA GUAJIRA	10	-	10	10	2.000	2.800	500	-	-	-	-	-

Entidad territorial	Artemeter + Lumenfantrina (20mg+120mg) (blister por 6 tabletas)	Artemeter + Lumenfantrina (20mg+120mg) Blister por 12 tabletas	Artemeter + Lumenfantrina (20mg+120mg) Blister por 18 tabletas	Artemeter + Lumenfantrina (20mg+120mg) Blister por 24 tabletas	Cloroquina base 150mg Tabletadas	Primaquina 15mg Tabletadas	Primaquina 5mg Tabletadas	Quinina Solución para infusión 300 mg/2 ml Amnollas	Quinina 300mg Tabletadas	Artesunatosuporitorio 50 mg Unidades	Artesunatosuporitorio 200 mg Unidades	Artesunato Ampolla 60mg
MAGDALENA					2.000							
META	30	-	60	50	4.000	2.800	500	-	300	-	-	30
NARIÑO	1.483	1.251	2.600	14.227	30.000	42.000	5.000	330	1.000	600	600	700
NORTE DE SANTANDER	20	20	20	20	4500	5600	1300	0	0	0	0	0
PUTUMAYO	-	-	-	-	4.000	5.600	480	-	-	-	-	-
QUINDIO	-	-	10	15	3.500	4.200	1.300	-	-	-	-	-
RISARALDA	20	20	70	80	5000	7000	3000	70	200	60	60	120
SAN ANDRES												
SANTA MARTA					300		300					
SANTANDER	-	-	-	15	6.800	-	600	-	-	-	-	-
SUCRE	50	50	100	300	3.500	4.900	1.100	-	-	-	-	10
TOLIMA	-	-	-	30	3.500	4.200	1.300	-	-	-	-	-
VALLE DEL CAUCA	580	1.042	630	5.610	7.000	9.400	3.000	50	-	60	60	350
VAUPES	200	-	100	200	13.000	14.000	2.000	-	-	-	-	-
VICHADA	360	160	460	1.100	32.000	44.800	9.500	50	-	456	456	200
<b>TOTAL</b>	<b>8463</b>	<b>7920</b>	<b>14997</b>	<b>57749</b>	<b>543070</b>	<b>616490</b>	<b>126065</b>	<b>1685</b>	<b>28511</b>	<b>3952</b>	<b>3700</b>	<b>5178</b>

Fuente: SET – Dirección de Promoción y Prevención

### 3.6 Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Tenido en cuenta los impactos negativos, no sólo a nivel sanitario, sino también a nivel social y económico de las ENT, a nivel mundial y regional se ha avanzado sustancialmente en el desarrollo e implementación de políticas, planes y programas intersectoriales que buscan controlar y prevenir estas enfermedades y sus factores de riesgo. Es así que al respecto, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se definió el objetivo 3. “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, la meta de reducir en un tercio, para 2030, la mortalidad prematura por ENT, mediante la prevención y el tratamiento<sup>3</sup>. A fin garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad

En este sentido Colombia establece como reto para el sector salud un compromiso de disminuir 8% para el año 2018, la mortalidad por ENT, recuperando años de vida libres de Enfermedad para los habitantes de Colombia, es decir, salvar la vida de 14.000 mil colombianos en los próximos cuatro años. En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social, en aras de cumplir con la denominada “**Mega Meta**”, realiza un despliegue de acciones enfocadas a intervenir los factores de riesgo que permita cumplir con lo propuesto a 2018.

<sup>3</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Objetivos de desarrollo sostenible. (Por adoptar en septiembre 2015 en la asamblea general de la ONU). 2015

Para alcanzar dicha meta, la dirección de Promoción y Prevención, desde la SENT fortalece las capacidades de los actores sectoriales y transectoriales, institucionales, sociales y comunitarios para desarrollar el Modelo Integral de Atención en Salud, en el marco de las políticas, planes, programas, proyectos y lineamientos vigentes orientados a fortalecer la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acciones sobre los modos, condiciones y estilos de vida, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud. Por lo que se realiza el monitoreo y seguimiento de las acciones tanto del nivel nacional y territorial relacionadas con la promoción de los Estilos de vida saludables y la gestión integral del riesgo relacionadas con actividad física, alimentación saludable, alcohol y tabaco para la primera y la gestión del riesgo para las enfermedades del sistema cardiovascular y metabólico, el cáncer y las enfermedades respiratorias inferiores (Estrategia 4 x 4).

En este contexto, se apoya el despliegue del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y socialización de las RIAS y Guías de Práctica Clínica (GPC) para ENT, además de hacer acompañamiento en la formulación de los PDT, PTS con la inclusión de la estrategia 4x4 ampliada en los 22 departamentos y 2 Distritos: Barranquilla y Buenaventura y la conformación de las Redes de apoyo social y comunitaria: “TO2ES por una Colombia Saludable”, en Guaviare, Putumayo.

### **Formulación de políticas y desarrollo de herramientas**

En el marco del convenio MSPS-OIM, se desarrollaron las siguientes herramientas técnicas:

- Manual de gestión territorial para la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones crónicas.
- Documento guía para la elaboración e implementación de proyectos de inversión orientados a condiciones crónicas.
- Documento guía para la implementación de rutas de atención integral en el marco del modelo de atención integral en salud.
- Documento de desarrollo de Capacidades para la Implementación de las Estrategias de 4x4 Ampliada del Plan Nacional de Desarrollo: a) Promoción de Estilos de Vida Saludable; b) Control de las ENT, incluidas las alteraciones de la Salud Bucal, Visual y Auditiva, c) Gestión del Riesgo de la Salud Mental, en el Marco de las Áreas Demostrativas y los Proyectos Prioritarios.

De igual manera el MSPS y OPS, lograron desarrollar capacidad técnica de los actores del SGSSS, con la construcción de herramientas técnicas para la gestión de las enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y EPOC).

A continuación, se describen los logros por cada una de las líneas temáticas relativas a ENT:

### **Cáncer**

Colombia avanza en la implementación del Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021, durante el 2016 se revisaron los avances cada línea estratégica: control del riesgo, detección temprana, tratamiento, cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y gestión del talento humano, en el marco de 5 talleres regionales realizados en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín y Barranquilla.

Se cuenta con Caja de herramientas para prevención del cáncer de piel, un rotafolio y un manual para la prevención y detección temprana de cáncer de piel no melanoma para profesionales de la salud, un manual para la prevención de cáncer de piel no melanoma dirigido entorno educativo (escolar y universitario) y laboral y un video educativo con

recomendaciones tendientes a fortalecer la cultura ciudadana en el uso de mecanismos de barrera contra la Radiación Solar Ultravioleta RUV, los cuales se encuentran publicados en el Repositorio Institucional digital.

En cuidado paliativo se cuenta con el ABC y lineamientos de Cuidados Paliativos. Se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de atención en Cuidados Paliativos (adoptada), la cual fue socializada a sociedad científica, IPS y academia, participaron alrededor de 90 personas. Se generó reglamentación de la ley 1733 y se socializó la reglamentación de Cuidados Paliativos en el escenario de Encuentro regional por el control de Cáncer y se publicó la Resolución 1477 del 22 abril/ 2016, donde define habilitación de "UFCA" y "UACAI".

Respecto a la vigilancia en salud pública que está bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de salud se incluyó la vigilancia del cáncer de mama y cuello uterino, y la vigilancia del cáncer infantil en menores de 18 años. El MSPS, desarrolla la estrategia de seguimiento a las Leucemias agudas Pediátricas, como apoyo a esta vigilancia. Este seguimiento ha permitido conocer que EAPB, tienen menor capacidad de respuesta y tomar decisiones para lograr los tiempos de respuesta en la atención de los niños con LAP.

También, el Ministerio está vinculado al Proyecto de investigación "Hacia el desarrollo de programas nacionales de control del cáncer infantil en América Latina" liderado por la Organización Panamericana de la Salud.

En cumplimiento de la Ley 1388, artículo 14, donde ordena crear el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, bajo este marco se desarrollaron durante 2016, 4 sesiones que permitieron hacer el seguimiento a políticas y planes nacionales y al comportamiento epidemiológico del cáncer infantil. Lográndose mejoramiento en los mecanismos de vigilancia en salud pública, en donde se destaca la consolidación de la estrategia de seguimiento a niños con cáncer. También se logró la expedición de nueva normativa relacionada con la habilitación de las UACAI, facilita el manejo integral de los menores mediante mejores estándares de calidad y oportunidad en los servicios.

También se realizó evaluación del estado de conformación y operación de los Consejos Departamentales Asesores de Cáncer Infantil, identificándose que a la fecha existen 16 consejos operando y 4 en proceso, para lo cual se ha realizado asistencia técnica y acompañamiento a las Entidades territoriales.

Dentro de las herramientas de seguimiento y evaluación de cáncer se desarrollaron:

- Documento de Evaluación y recomendaciones del proceso de implementación de la Ruta de Atención para niños con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia
- Propuesta de la metodología e instrumentos para realizar la evaluación y seguimiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021
- Documento línea base del estado de avance en la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021.
- Documento que contiene la caracterización de los servicios de apoyo para niños con cáncer en Colombia.

### **Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Enfermedades Cardio-Vasculares (ECV)**

Durante el 2016 se finalizó el proceso de elaboración de las Rutas Integrales de Atención que hacen parte del grupo de riesgo cardiovascular (Síndrome Coronario Agudo, Enfermedad Renal Crónica, Ataque cerebrovascular y sobrepeso y obesidad en adultos y niños).

Se realizó la adopción de las guías de práctica clínica para Enfermedad renal crónica.

Para fortalecer la capacidad en el territorio y especialmente al talento humano, se realizó una reunión Nacional de Referentes de ENT, la cual tuvo como objetivo socializar la metodología y definir el proceso para la elaboración del Plan Operativo para la prevención y control de las ENT durante el 2017, así como abordar los retos en la implementación y despliegue del Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud y se programó asistencia técnica presencial para la implementación de las Rutas Integrales de Atención del Grupo de Riesgo Cardiovascular en las Provincias de Sugamuxi y la Libertad en el departamento de Boyacá.

Además, se cuenta con:

- Documento técnico final con la propuesta del programa nacional de capacitación de personal de salud para la atención en escenarios de urgencias y emergencias de los eventos agudos y complicaciones de enfermedades cardiovasculares y diabetes (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar).
- Documento técnico final con la propuesta de manual y de reglamentación y capacitación para la organización y la prestación de los servicios de salud en los programas de rehabilitación cardíaca en Colombia, para tal fin se llevó a cabo el proceso de validación con la participaron 48 Programas de Rehabilitación cardíaca y en total se realizaron nueve reuniones virtuales y dos reuniones presenciales de cierre.
- Documento final con la propuesta de evaluación de la efectividad de la polipíldora en población colombiana y recomendaciones para su eficiente producción con cobertura nacional.
- Documento final con el diseño, desarrollo e implementación de las herramientas para mejorar las competencias del personal de equipos de salud de los servicios de baja complejidad ("Conoce tu riesgo y peso saludable. Un millón de Corazones. El proyecto de estandarización del tratamiento de hipertensión". El plan cardiovascular y diabetes); en siete Entidades Territoriales (Bogotá, Cali, Villavicencio, Barranquilla, Bucaramanga, San Andrés y Manizales).
- Documento final con la línea de base del sistema de seguimiento y evaluación para la atención a pacientes con enfermedades no transmisibles.
- Se expidió la Circular 038 de 2016, por medio de la cual se dan instrucciones respecto a la prestación del servicio de salud de las personas con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

### **Enfermedad respiratoria crónica**

Se trabajó en la validación interna y externa de la RIA de EPOC y la construcción de la estrategia "Tomate la vida con un segundo aire" para la prevención de las Enfermedades Respiratorias Crónicas y el programa para la cesación de tabaquismo, mediante el convenio 517/2015 OPS-MSPS. Se ha realizado socialización de dicha estrategia y del programa nacional de cesación para consumo de Tabaco en los departamentos de Huila Meta, Caquetá, Amazonas, Vaupés Nariño, Risaralda, Cesar, Magdalena y el Distrito de Bogotá.

Se cuenta con las normas NTC, para el análisis de componentes del humo de tabaco en cigarrillos (NTC-ISO 10315, 4387, 10362-1, 3402 y 3308), adoptadas en Enero de 2017 "Por la cual se establece la información que debe ser presentada por los fabricantes e importadores de productos de tabaco al Ministerio de Salud y Protección Social sobre los ingredientes agregados al tabaco y los niveles de componentes de humo que corresponden a niveles de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los productos de tabaco y sus derivados y se define el mecanismo de suministro de la misma". Además, se cuenta con:

- Herramientas de gestores y personal de equipos de salud de los servicios de baja complejidad para el componente de detección temprana de EPOC.

- Documento con la propuesta técnica para la gestión del tratamiento farmacológico para EPOC con enfoque de atención integral en los componentes del orden nacional relacionados con disponibilidad, distribución, atención y uso. Incluyendo terapia de remplazo de nicotina.
- ABC para la detección temprana de la EPOC y cesación de tabaco
- Se definieron las intervenciones promocionales colectivas e individuales de protección específica y detección temprana de las ENT, para incorporarlas en la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Inclusión de la enfermedad Respiratoria Crónica (Factores de riesgo de EPOC y asma) como evento en la construcción del protocolo de vigilancia de la exposición a contaminantes del aire relacionados con enfermedades respiratorias.

### Salud bucal

- Se cuenta con la Ruta integral del Grupo de Riesgo de alteraciones de salud bucal salud, con validación interna y externa realizada por el IETS.
- Se avanza en la implementación de la Estrategia SOY GENERACION MAS SONRIENTE. Al respecto se brindó asistencia técnica virtual a EAPB, y 32 departamentos y 4 distritos que incluye procesos de sensibilización (información básica) sobre el PAIS, el MIAS, las rutas de promoción y mantenimiento y del grupo de riesgo de alteraciones de la Salud Bucal, así como las directrices para el desarrollo de las campañas de educación y aplicación de barniz de flúor conjuntamente con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- El total se realizaron 3 campañas en el 2016 y una en 2017, para lograr mejorar la cobertura en educación en cuidados de salud bucal, llegando a 253.000 personas y se realizó aplicación de barniz de flúor a población entre 1 y 2 años (31.570 niños) y entre 3 y 17 años (109.772 niños).
- Formulación del plan operativo para la eliminación progresiva del uso de Amalgama Dental, en el marco del Plan Sectorial y del Plan Intersectorial que buscan dar cumplimiento a la Ley 1658 de 2015 "Por medio del cual se establecen disposiciones para la comercialización y el uso del Mercurio en las diferentes actividades industriales del país, se fijan requisitos e incentivos para su reducción y eliminación y se dictan otras disposiciones" y el Convenio de Minamata.
- Se participa en los procesos de reglamentación de los Dispositivos Médicos Bucales a medida, de forma conjunta con la Dirección de medicamentos y Tecnología y la Oficina de Promoción Social, con el fin de definir estándares que deben cumplir los laboratorios dentales en cuanto a talento humano, infraestructura física, equipos, así como buenas prácticas de manufactura.
- Se participó en los procesos de avance del plan sectorial para la eliminación de mercurio.

### Salud visual

- En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se construyó y validó la ruta de atención integral de las alteraciones visuales.
- Se apoyó en el desarrollo del seminario de salud visual, organizado con la universidad Antonio Nariño y la Federación Colombiana de optómetras. Su objetivo fue sensibilizar al público de todo el mundo acerca de la importancia de la prevención y el tratamiento de la pérdida de visión.
- Desarrollo de análisis de situación de salud visual, basado en fuentes oficiales de información secundaria. (Periodo comprendido entre el 2009-2014.)
- Elaboración, del programa de salud visual 2016-2019, donde se establecen actividades para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública.
- Inicio de implementación de la estrategia VEO BIEN –APRENDO BIEN, en 15 departamentos del país.

- Elaboración del manual basado en la evidencia para la atención integral de la salud visual.
- Elaboración de protocolos para el desarrollo de dos tipos de encuestas; a. Ceguera evitable en personas mayores de 50 años; b. Errores refractivos en niños escolarizados.
- Elaboración de dos guías de práctica clínica para uso oficial por parte de los agentes del sistema:
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de ambliopía
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de defectos de refracción.

### Salud auditiva

- Se apoya al departamento del Cauca mediante un encuentro con actores y sectores claves para brindar asesoría y asistencia técnica en el direccionamiento de la Salud Auditiva y comunicativa -SAC como proyecto estratégico de la SENT en el departamento del Cauca.
- Concertar el desarrollo de estrategias de manera directa e inclusión de la SAC dentro de las políticas, planes, programas del territorio; desarrollar capacidades en la planeación, acciones promocionales y preventivas, de gestión del riesgo (protección específica y detección temprana) e implementación de las rutas de atención integral en el marco de la PAIS y del MIAS

### Implementación de política, planes y estrategias para el control de las ENT

En el marco del Convenio 547 MSPS y OIM, se realizó:

- Inducción a los gestores territoriales de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), para el despliegue territorial y posicionamiento en el marco de los Planes Territoriales de Salud; también se suministró caja de herramientas con lineamientos, cartillas, rotafolios entre otros. Como resultado de la gestión los 32 departamentos y 4 distritos incluyeron acciones relacionadas con las ENT y la salud mental en el Plan Territorial de Salud.
- Plan de acción y de gestión territorial por departamento, para la implementación de políticas públicas en salud, para la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones crónicas, los cuales fueron incorporados en los Planes de Salud territorial adoptados por las Entidades Territoriales.
- Dentro de las actividades desarrolladas directamente por la Subdirección de ENT se desarrollaron:
- Asesoría al territorio en herramientas operativas para la gestión del riesgo de la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), en los departamentos de Huila Meta, Caquetá, Amazonas, Vaupés Nariño, Risaralda, Cesar, Magdalena y el Distrito de Bogotá.
- Acompañamiento en la implementación de la estrategia Ver y Tratar para la tamización de cáncer de cuello uterino en municipios priorizados de los departamentos de: Caquetá, Amazonas, Arauca, Caquetá, Vichada, La Guajira, Nariño, Valle del Cauca, Casanare y Meta.
- Apoyo en la implementación de lineamientos técnicos de detección temprana de cáncer para la implementación y seguimiento al PDCC en el marco de 5 talleres regionales para gestores territoriales y EAPB, en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín y Barranquilla.
- Seis (6) eventos regionales para fortalecer las capacidades de los actores para el abordaje integral de la enfermedad cardiovascular y metabólica, a través de la difusión de los lineamientos técnicos –normativos con énfasis en la detección temprana de enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, en las ciudades de Manizales, Villavicencio, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Bogotá.

- En el marco de la implementación de la estrategia “CONOCE TU RIESGO PESO SALUDABLE”, se realizaron 81.552 tamizajes de riesgo cardiovascular y metabólico, en población ubicada en 12 departamentos del país.
- Expansión del Programa Cardiovascular Resolución 780 de 2014 a través de 12 Cajas de Compensación Familiar. A la fecha se han realizado tres rondas de evaluación para verificar el cumplimiento de las metas establecidas en el programa, y se cuenta con 35.000 cálculos de riesgo cardiovascular y metabólico realizados con sus afiliados.
- Asistencia técnica para la conformación de centros de entrenamiento para “Estandarización del tratamiento de HTA” por parte del MSPS-OPS (Washington). A la fecha el proyecto de Estandarización del Tratamiento de Hipertensión ha beneficiado a 5.660 pacientes inscritos en los programas de hipertensos de la Clínica Oriente-COOMEVA EPS y el Hospital Carlos Holmes Trujillo, IPS ubicadas en el Distrito de Agua Blanca en la ciudad Cali. Durante el periodo noviembre 2015- marzo 2017 el porcentaje de pacientes que alcanzó control en sus cifras de tensión arterial (valor de tensión arterial menor a 140/90 mmHg) pasó de 25% al 60% en la Clínica Oriente y del 65% al 75% en el Hospital Carlos Holmes Trujillo.
- Trabajo de gestión para la Implementación de la estrategia “Conoce Tu Riesgo Peso Saludable” en seis Universidades a través de un convenio con ASCUN- Entorno Educativo
- Asistencias técnicas virtuales: 208 sesiones de Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares y EPOC, 25 sesiones transversales para la gestión de las ENT.

### Seguimiento y evaluación

A través del convenio 519 MSPS-OPS, se desarrollaron las siguientes actividades y se obtuvieron los siguientes documentos técnicos para la gestión de ENT:

- Documento que contiene el análisis estadístico e interpretación de datos a partir de las fuentes de información disponibles para orientar las estrategias de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles
- Documento con la propuesta de los lineamientos para el seguimiento de los indicadores base de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles del PDSP.
- Documento técnico para la sistematización de políticas públicas de la estrategia de implementación del sistema de monitoreo, seguimiento y gestión de la Enfermedades no transmisibles en el marco del PDS
- Apoyo en la implementación de estrategias para la interpretación de la situación de las enfermedades no trasmisibles, empoderando a la comunidad en alianza con los actores gubernamentales de los territorios priorizados.
- Documento con la propuesta de la actualización y desarrollo de la metodología del Modelo General de Equilibrio Computable para la estrategia 4 x 4.
- Documento técnico con la metodología para el desarrollo de las salas situacionales para la identificación y estudio de las ENT.

También se desarrollaron las siguientes actividades y productos directamente por la SENT:

- Se elaboró el ABC, el Plan de monitoreo, seguimiento y evaluación a la gestión territorial de las enfermedades no transmisibles y la salud mental
- Documento de apoyo al cumplimiento de la **MEGA META** en el territorio.
- Se genera información de seguimiento a indicadores del Plan Nacional de desarrollo a través de SINERGIA.
- En cuanto al monitoreo de política se trabajó en mejor evidencia para intervenciones en ENT; desincentivar consumo de bebidas azucaradas; publicidad en niños de alimentos saludables; interferencia de la industria tabacalera; herramienta para búsqueda de evidencia.
- Seguimiento a la gestión en relaciones y cooperación internacional

### 3.7 Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (MCYEVS)

Avances en la promoción de factores protectores de los Estilos de Vida Saludable (EVS) relacionados con las ENT:

#### Promoción del consumo de frutas y verduras

- Acompañamiento territorial de 36 Entidades territoriales para la formulación de planes, programas y proyectos que promuevan la alimentación saludable con énfasis en frutas y verduras.
- Reactivación de la mesa de frutas y verduras en el marco de la CISAN y definición de plan para la promoción de frutas y verduras, el cual está orientado a: Reducción de pérdidas y desperdicios de alimentos, Biodiversidad y seguridad alimentaria y nutricional y promoción de alimentos sanos y frescos.
- Documento de “Impuesto para bebidas azucaradas” y acompañamiento en la socialización de propuesta en espacios académicos y políticos de discusión.
- Publicaciones de ABC para la promoción del consumo de frutas y verduras.

#### Promoción de la actividad física

- Se elabora, valida y socializa orientaciones para la gestión y promoción territorial de la actividad física, con participación de la OPS- CEPEDOC, Academia, Ministerios de transporte, secretarías departamentales, Coldeportes, entre otros.
- Se reactiva trabajo intersectorial en el marco de la Comisión Intersectorial para la promoción de la actividad física (CONIAF), definiendo ruta de armonización y articulación de acción, plan intersectorial para la promoción de la AF y apoyo en el despliegue de la Ley y política “pro bici” al Ministerio de transporte como estrategia para la promoción del transporte activo.

#### Control del consumo de tabaco

- Evaluación del proceso de etiquetado y empaquetado del 100% las muestras recibidas, en el nuevo procedimiento diseñado cuyo objetivo es realizar el control previo e integral del etiquetado y empaquetado, presentado por fabricantes e importadores teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional relacionada con el tema, para que el producto del mercado cuente con la información sanitaria correspondiente.
- Se elabora y posiciona propuesta de Impuestos saludables: tabaco y bebidas azucaradas ante actores y miembros de la plenaria del congreso de la República y se aprueba el aumento gradual del impuesto al tabaco, cumpliendo la meta del PDSP 2012- 2021 relacionada con el impuesto al tabaco, mediante la Ley 1819 de 2016, se aprobó un incremento progresivo del impuesto específico a los cigarrillos, y un incremento del IVA, que podría representar ahorros del orden de los 5 billones de pesos en una generación (unos 20 años), 500.000 muertes evitadas y una reducción de la prevalencia del consumo del 25 %.
- Se realizan cuatro Reportes Bianuales de Implementación del Convenio Marco, teniendo en cuenta la Ley 1335 de 2009: Ambientes Libres de Humo de Tabaco, prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio, advertencias sanitarias, prohibición de venta al menudeo y a menores de edad.

- En la conmemoración del Día Mundial Sin Tabaco 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entrega a Colombia- representada por los ministerios de Salud y Hacienda y la Veeduría Ciudadana para el Control del Tabaco—el premio por el Día Mundial Sin Tabaco, por el trabajo intersectorial y la colaboración entre estas instituciones, que llevó al Congreso colombiano a aprobar, en diciembre del 2016, un incremento del 100 % en el componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos.

### **Prevención y control del consumo abusivo de alcohol**

- Se avanza en el acompañamiento territorial a 37 entidades territoriales para la implementan de orientaciones y herramientas para la Articulación del Componente de Alcohol en la 4x4.
- Socialización en 32 ET, la estrategia de movilidad saludable, segura y sostenible, articulada a la estrategia nacional de alcohol.
- Se realiza revisión y ajuste final de la: "Guía metodológica de la Estrategia de prevención selectiva del consumo de alcohol, en estudiantes de secundaria y prevención indicada en estudiantes de instituciones de educación superior." Implementado en el Departamento de Casanare.

### **Municipios con la estrategia de ciudades, ruralidad y entornos para los estilos de vida saludable implementada**

- Se ajustó y socializa lineamientos operativos para la promoción de MCYEVS en el entorno educativo y laboral y sus instrumentos para su implementación.
- Se ajustó, socializó documento de Orientaciones técnicas para la promoción de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS) y Guía para su implementación, a través de taller de socialización regional concentrado en tres ciudades: Cali, Pereira y Barranquilla, en San Andrés, Atlántico, Valle del Cauca, Santander, Boyacá, Huila, Risaralda. Dando inicio a la implementación
- En coordinación con el INS, se desarrolla la caracterización de factores de riesgo a través del SIVIGILA.
- Validación de los lineamientos técnicos para la promoción de MCYEVS en el entorno Educativo y laboral en apoyo con OIM, en áreas demostrativas: Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima, Valle y Guania.

### **Mobilización social por los MCYEVS**

- Entre 2012- 2016: formación de 5.725 jóvenes en 16 semilleros artísticos y culturales, de 15 departamentos.
- Conformación de Redes de apoyo social y comunitaria: "TO2ES por una Colombia Saludable" Guaviare, Putumayo.
- La inclusión en los planes intersectoriales de acciones por los EVS: Agricultura: San Andrés, Santander, Caldas, Risaralda y Tolima. Seguridad alimentaria: San Andrés, Tolima y Valle. Movilidad: San Andrés, Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima y Valle. Deportes y recreación: San Andrés, Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima y Valle. Infraestructura y desarrollo urbano: San Andrés, Atlántico, Risaralda. Desarrollo social: Tolima y S. Andrés. Política de vivienda: S. Andrés y Atlántico. Equipamientos: Santander, Caldas. Hábitat: Risaralda y Tolima.

La inclusión en los PST de 32 Departamentos, acciones por los MCYEVS, como se describe a continuación

- Proyecto de movilización social en: Arauca, Barranquilla, Putumayo, Sucre.
- Proyecto de alcohol en 10: Amazonas, Arauca, Atlántico, Caquetá, Choco, Guajira, Valle del Cauca, Vichada y Cesar.

- Proyecto de tabaco en 14: Amazonas, Arauca, Atlántico, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Guainía, Guajira, Nariño, Putumayo, Valle y Vichada.
- Proyecto de Actividad física en 12: Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cauca, Cesar,, Choco, Guainía, Guajira, Nariño, Putumayo, Valle y Vichada.
- Proyecto de Alimentación saludable en 9: Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Guajira, Valle y Vichada.
- Proyecto de Entornos saludables: en 16 Departamentos
- Proyecto de CERS en: Boyacá, Huila, Amazonas, Sucre, Valle.

### 3.8 Convivencia social y salud mental

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1616 de 2016 (Ley de salud mental), Ley 1566 de 2012 (Consumo de Sustancias Psicoactivas), Ley 1414 de 2010 (Ley de Epilepsia) y a lo dispuesto en Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 en lo relativo a la garantía de la atención en salud mental, el Ministerio de Salud y Protección Social, presenta los siguientes resultados de su gestión:

#### Promoción de la salud mental

- Lineamiento Promoción y detección temprana en salud mental en los entornos.
- Definición de las actividades individuales y colectivas de Promoción de la salud mental en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) de Promoción y Mantenimiento de la Salud en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

#### Gestión del riesgo en salud mental

- Elaboración de lineamientos operativos de la RIAS de Problemas y Trastornos Mentales.
- Proceso de validación con el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud de la RIAS de Problema y Trastornos Metales.
- Modelo de implementación de telemedicina para la atención de problemas mentales, trastornos mentales y epilepsia en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental
- Adopción de la Guía de Práctica Clínica de prevención y atención de la conducta suicida con el apoyo técnico del IETS.
- Adopción de la Guía de Práctica Clínica de atención integral a la Demencia con el apoyo técnico del IETS

#### Gestión de la salud pública en salud mental

- Lineamiento de participación social en Salud Mental.
- Manual y ABC de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes.
- Manual y ABC de la gestión integrada para la Salud Mental en población habitante de calle en el marco del Modelos Integral de Atención en Salud.
- Manual y ABC de gestión integrada para la atención integral y diferenciada de la Salud Mental de mujeres víctimas de violencia sexual.

- Manual y ABC de gestión integrada para la atención integral y diferenciada de la Salud Mental de los niños, las niñas, los y las adolescentes que se encuentran bajo medidas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Manual y ABC de Gestión Integrada para la Atención Integral y Diferenciada de la Salud Mental de la Población Privada de la Libertad.
- Proyecto para el Desarrollo de Capacidades institucionales y comunitarias territoriales para la atención en salud mental con enfoque psicosocial en 22 departamentos (Amazonas, Arauca, Caquetá, Cauca, César, Chocó, Guaviare, Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Sucre, Vaupés, Vichada, Tolima, Valle del Cauca, Santander, Atlántico, Caldas, Risaralda, Guainía, San Andrés Isla).
- Primera y segunda sesiones de 2016 del Consejo Nacional de Salud Mental el día 31 de octubre y 5 de diciembre de 2016. Así mismo se realizó la primera sesión ordinaria de 2017 del CNSM el día 28 de abril.
- Documento de actualización de la Política Pública de Salud Mental para la construcción de Paz elaborado y socializado sectorial e intersectorialmente. Este documento es la base para construcción del documento CONPES que se adelanta con el Departamento Nacional de Planeación.
- 64 asistencias técnicas a las DTS para el proceso de Adopción, Ajustes y acompañamiento de la política pública de salud mental y construcción de paz y para los Consejos Territoriales de Salud Mental.
- Lineamiento de salud mental indígena implementado en 6 entidades territoriales (Toribio - Cauca, Tablón de Gómez – Nariño, Pueblo Rico – Risaralda, Mitú – Vaupés, Tierra Alta – Córdoba, Alto Baudó – Chocó) y ajustado con apoyo técnico de OPS y OIM. Insumo para para la elaboración del Programa de Salud Mental intercultural para población indígena
- Plan de trabajo para el desarrollo del Programa de Salud Mental intercultural para población indígena en concordancia con las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018.
- Dos salas situacionales sobre conducta suicida (Bogotá y Medellín) como parte de la formulación del Plan nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017 – 2021.
- Actualización de la guía metodológica del Observatorio Nacional de Salud Mental –ONSM, con el plan de análisis del observatorio, el cronograma de este plan, el protocolo de dos de las tres investigaciones para realizar durante este año. Actualmente El ONSM se encuentra en fase de prueba y cargue de la información a la Web para su visualización al público al 30 de junio
- Proceso de capacitación en salud mental a los profesionales de salud que atenderán en las 26 Zonas Verdales de Transición y Normalización que hacen parte de los acuerdos de la Habana y acompañamiento a la atención en salud que se brinda en estas zonas.
- Implementación de los lineamientos de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental en niños, niñas y adolescentes y sus familias (aproximadamente 2000 sujetos) en el Carmen de Bolívar (Bolívar)
- Formación a 1.434 profesionales en salud de las diferentes entidades territoriales en el marco del convenio 519 de 2015 entre la OPS y MSPS en la estrategia MhGAP (Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental, por sus siglas en inglés). Esta guía le permite a los profesionales de salud no especializados realizar diagnóstico y abordaje inicial de las 14 principales condiciones en salud mental
- Diseño curricular, formación piloto presencial en Atlántico y formación de formadores del curso “*Cuidado de la salud mental en los entornos*” de vida para técnicos en salud pública y auxiliares de enfermería del SENA.

## Farmacodependencia

### Componente de fortalecimiento institucional

- Diseño de 32 Planes Departamentales de Oferta y Consumo de Sustancias Psicoactivas.

- Inicio de capacitación en procesos de atención integral a la problemática de drogas (a 370 profesionales y agentes comunitarios).
- Procesos de gestión, planeación e implementación de estrategias de reducción del consumo de drogas en 33 entidades territoriales con 1031 personas capacitadas.
- Acompañamiento técnico en el diseño e implementación de procesos de formación en el Sistema integrado e integral de servicios para personas familias y comunidades con consumo de SPA, orientado a los 32 Comités territoriales de Drogas, con 875 personas capacitadas.
- Procesos de Seguimiento y Evaluación a la Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA y a las Acciones Implementadas por el Plan Nacional de SPA, con la participación de 16 departamentos.

### **En el componente de prevención**

- 1092 familias en familias fuertes, amor y límites (convenio OPS) y 2073 por cajas de compensación.
- Formación en Ser, Saber y Hacer en prevención a 591 gestores y/o líderes vinculados a programas nacionales con población vulnerable en herramientas teóricas y prácticas para la promoción de la salud y la prevención del consumo de SPA en los departamentos de Bolívar, Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Meta, Caquetá, Amazonas.
- Inclusión de intervenciones para la reducción del uso nocivo de Alcohol en los Planes Departamentales de Drogas en 14 Departamentos.
- Estrategia de Información, Educación y Comunicación: Proceso de territorialización de la campaña nacional Métele Mente, en los departamentos de Antioquia, Caldas, Valle del Cauca, Bogotá, y Meta, con cobertura de 1.121.900 personas que participaron en el desarrollo local de acciones comunicativas.

### **En el componente de tratamiento del consumo de drogas**

- Propuesta técnica diseñada y validada del Modelo de tratamiento de trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- Estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de SPA y sus familias en el país.
- Desarrollo de tres procesos formativo dirigido a 270 profesionales de la salud a 21 departamentos en herramientas para el tratamiento de las adicciones (Treatnet).
- Acompañamiento Técnico en el diseño e implementación de procesos de formación en el Modelo de Desarrollo Económico incluyente, orientado a 40 servicios de atención a consumidores de SPA.
- Propuesta técnica diseñada y validada de herramientas que mejoran la prestación de servicios de tratamiento con los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bogotá, Caldas, Cundinamarca, Meta, Nariño, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca, en desarrollo de la Ley 1566 de 20012, Ley 1616 de 2013 y el PNDSP.

### **En el componente de reducción de riesgos y daños**

- Estrategias Regionales como respuesta al consumo emergente de heroína en 7 departamentos (Quindío, Antioquia, Risaralda, Valle del Cauca, Cauca, Bogotá, Norte de Santander) con 118 personas capacitadas.
- Fortalecimiento a redes de base comunitaria para consumidores de heroína en 7 departamentos con 156 personas capacitadas.
- Desarrollo de capacidades para reducción de Riesgos y Daños: Capacitación a equipos de salud para la atención a pacientes con consumo de drogas por vía inyectada en 7 departamentos; cobertura de 112 personas capacitadas.

- Desarrollo de un proceso de entrenamiento dirigido a 67 actores comunitarios e institucionales en 22 departamentos para la prevención y reducción de riesgo y daños del consumo de SPA y situaciones asociadas- CRIC.
- Acompañamiento técnico en el diseño e implementación de 10 procesos de formación orientado al fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria en los componentes del Plan Nacional de Reducción del Consumo en 32 Departamentos y Bogotá con 824 personas capacitadas.
- Acompañamiento técnico y financiero a través de la Resolución 6135 de 2016 para la implementación del programa “Pactos por la Vida” para la reducción de daños y riesgos por consumo de alcohol en el municipio de Valledupar y el Distrito de Riohacha.

### **Convivencia social y ciudadanía**

Acorde con el Plan de Desarrollo 2014-2018, el Grupo se relacionan los siguientes principales logros

- Municipios con Laboratorios de Convivencia Social y Cultura Ciudadana con énfasis en violencia intrafamiliar
- Ocho (8) municipios con laboratorios de convivencia social y cultura ciudadana con énfasis en prevención de violencia intrafamiliar (Soracá, Duitama, Sogamoso y Ramiriquí en Boyacá y Maní, Pore, Yopal y Paz de Ariporo en Casanare).
- Municipios que implementan acciones para la promoción de la convivencia social en sus Planes Integrales de Seguridad y Convivencia Ciudadana. 21 entidades territoriales con asistencia técnica para la implementación de los lineamientos técnicos, estrategias y acciones de promoción de la convivencia y prevención de violencias a nivel sectorial e intersectorial a través de planes territoriales de salud y los planes integrales de seguridad y convivencia ciudadana
- Creación del Observatorio Nacional de Convivencia y Protección de la Vida.
- Construcción de la batería de indicadores sobre convivencia social y prevención de violencias, base para el Observatorio Nacional de Convivencia y Protección de la Vida. Estos indicadores permiten medir el avance en los resultados de política pública de convivencia en el país más allá de los registros estadísticos sobre violencias, y establecer líneas de base para la evaluación de la efectividad de las estrategias de promoción de la convivencia y prevención de violencias.
- Cinco (5) entidades territoriales con recursos asignados del impuesto social a municiones y explosivos para la implementación de proyectos de prevención de la violencia intrafamiliar (Arauca, Boyacá, Santander, Medellín, Pereira).
- Ruta integral de atención para población con riesgo o sujeto de violencias de género, del conflicto armado y otras violencias interpersonales, construida y validada, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS.
- Documento que consolida los elementos técnicos y metodológicos para el abordaje de la convivencia social desde las competencias del sector salud, con énfasis en el postconflicto.

### **3.9 Dimensión de sexualidad. Derechos sexuales y reproductivos**

#### **Salud materno-perinatal**

Se desarrolló la estrategia denominada “Prácticas Clave que salvan vidas” en territorios vulnerables, con el objetivo de mejorar las capacidades del recurso humano en la prestación de servicios de salud materna en las prácticas validadas por la evidencia para la anticoncepción, atención pre-concepcional, detección de alteraciones del embarazo parto y

puerperio, tratamiento de la emergencia obstétrica y prevención del aborto inseguro. Se realizaron 3 talleres con enfoque de formador de formadores y 25 talleres en las regiones más vulnerables para la mortalidad materna, definidas como Clúster de salud materna en Colombia.

Se realizaron acciones de asistencia y cooperación técnica territorial para el desarrollo de capacidades para la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la salud materna en IPS, EPS, DTS y comunitaria, que permitió identificar las oportunidades de mejora en la implementación de la estrategia de salud materna, en temas relacionados con la implementación del modelo de emergencia obstétrica, la armonización de planes de mejora y la prevención del aborto inseguro, en 140 municipios de 18 departamentos y 2 distritos del territorio nacional.

Se adquirieron y distribuyeron equipos críticos para la atención de emergencias obstétricas, en subregiones, priorizadas por mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal de Colombia (150 kits para la atención de emergencias obstétricas, 50 Balones de bakri y 110 Trajes anti choque).

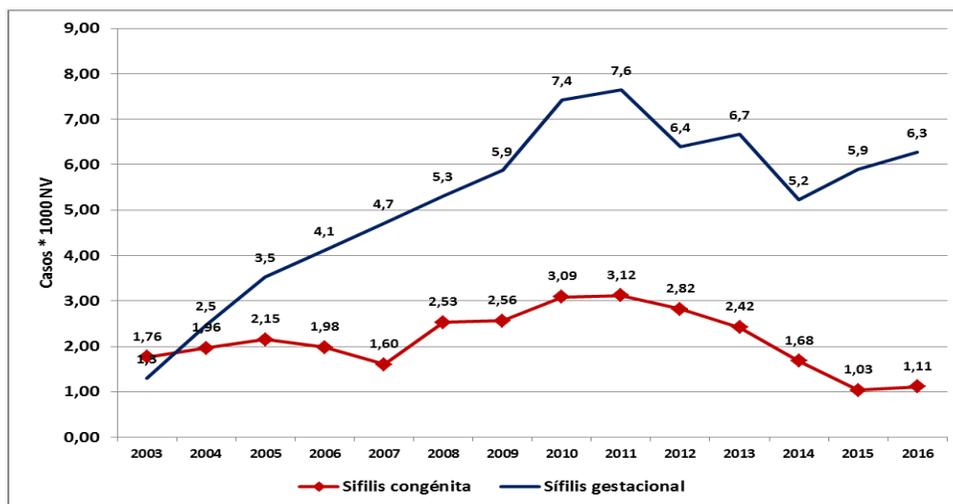
### **Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil (TMI) del VIH y de la sífilis congénita**

Con referencia al indicador de transmisión materno infantil se continua la implementación de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, La aplicación completa del protocolo, que consta de tratamiento antirretroviral anteparto e intraparto, parto por cesárea, profilaxis al recién nacido expuesto y sustitución de la leche materna por sucedáneos de la leche materna, con lo cual se ha reducido la probabilidad de TMI de 40% a 3.4%. Entre 2008 y 2014\* (dato preliminar), se presentó una disminución de la TMI del VIH al pasar del 5.8% al 3.5\* % entre dichas cohortes.

Con referencia al indicador de sífilis entre 2008 y 2016, se presentó una disminución de la incidencia de sífilis congénita al pasar del 2.5 al 1.11 casos por 1.000 nacidos vivos; esta disminución se ha presentado por la captación y tamizaje de la gestante durante el control prenatal, aplicación del tratamiento de la gestantes con sífilis, búsqueda y tratamiento de los contactos sexuales, mejora en la notificación y clasificación de los eventos de sífilis gestacional y congénita.

Colombia avanza hacia el cumplimiento de las metas de eliminación de estos dos eventos propuestos por la iniciativa Regional de América Latina y el Caribe para el 2021 “Reducción de la TMI del VIH al 2% o menos, reducción de la incidencia de sífilis congénita a 0.5 casos o menos por 1.00 nacidos vivos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.

### **Gráfico No. 26. Casos de sífilis gestacional y congénita. Colombia 2008-2016**



Fuente. Instituto Nacional de Salud. Sivigila.

Para apalancar el logro de estos indicadores el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado las siguientes acciones:

Actualización de las guías de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) adultos, incluidas las gestantes y para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad, guía de actualización de sífilis gestacional y congénita,

Se realizaron y publicaron:

- Estudio “Comparación de la eficacia de la prueba rápida individual y la prueba rápida dual para el diagnóstico de la sífilis y la infección por el VIH en los servicios de atención prenatal en Colombia”.
- Estudio “Introducción de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal en Colombia: análisis cualitativo”.

De otra parte también se llevó a cabo la evaluación y seguimiento nominal al sistema de información de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH al 100% de las entidades territoriales y aseguradoras.

Formulación y socialización del Plan de Intensificación para la Eliminación de la Sífilis Congénita, dando así cumplimiento al mandato del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el UNICEF.

Procesos de asistencia técnica desde el nivel nacional hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en estos procesos se socializan los protocolos para el manejo del VIH, sífilis gestacional y congénita, esta actividad es estable en el tiempo.

### **Infecciones de Transmisión Sexual – ITS, VIH/SIDA, hepatitis virales y co-infección.**

El MSPS se ha comprometido con las metas internacionales de “90-90-90”, propuestas por la OMS/OPS, para el año 2020: 90% de casos diagnosticados, 90% de pacientes en terapia antirretroviral y 90% de pacientes con supresión virológica, con el fin de reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por SIDA. Así mismo, el país reiteró su compromiso con los ODS de acabar la pandemia para el año 2030. Para la obtención de estas metas, el país ha apuntado al cumplimiento de cada uno de los pilares implementando las siguientes estrategias:

- Difusión de las nuevas recomendaciones para el diagnóstico y la atención en VIH que facilitan alcanzar las metas 90-90-90, a través de la reducción de la brecha al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno.
- Se diseñó la ruta específica de atención en ITS, VIH, VHB y VHC que favorece el diagnóstico temprano desde la comunidad, centrada en las personas y en las redes integrales de salud, con gran protagonismo del nivel primario de atención tanto comunitario como institucional.
- Se culminan estudios de vigilancia en salud pública tales como el Estudio de Farmacorresistencia pre TAR al VIH1, el estudio de riesgo residual al VIH en bancos de sangre, el estudio del análisis de la mortalidad por VIH/Sida, el estudio cuali/cuantitativo de seroprevalencia del VIH y VHC en personas que se inyectan drogas, los cuales aportan insumos trascendentes para la toma de decisiones en la gestión programática. Adicionalmente, a través del Proyecto del Fondo Global, se culminaron los estudios cualicuantitativos de prevalencia del VIH por poblaciones clave de interés nacional.

Como parte de la implementación del plan nacional de actividades colaborativas TB/VIH, se capacitaron en el año 2016, 270 agentes comunitarios en TB/VIH, en 10 entidades territoriales, a través del convenio con la OIM; continua fortaleciéndose la oferta de Isoniácida a personas que viven con VIH, con 1.123 personas recibiendo en el año 2016 (la recibían 145 pacientes en el 2013) y la oferta de tratamiento antirretroviral a personas con coinfección con un 62,2% de dichos pacientes recibiendo en el 2016 (la recibían el 40,2% en el año 2013).

En relación a las Hepatitis Virales, el MSPS se ha comprometido con las metas de la “Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Hepatitis Víricas 2016-2021” las cuales incluyen al 2020 reducción del 30%, en la incidencia de nuevos casos de infecciones crónicas por virus de las hepatitis B y C; reducción del 10%, en la mortalidad por hepatitis B y C; 90% de cobertura de vacunación con tercera dosis de hepatitis B en la infancia; prevención de la transmisión materno infantil de hepatitis B de madre a hijo con intervenciones oportunas en el recién nacido en el 50%; 30% de las infecciones crónicas por virus de la hepatitis diagnosticadas, tratamiento de las infecciones por virus de las hepatitis B y C.

Para la obtención de estas metas, el país ha implementado las siguientes estrategias:

- Elaboración y difusión de las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis B y C Crónica.
- Validación de las pruebas rápidas de hepatitis B y C disponibles en el mercado.
- Expedición de la Resolución 1692 de 2017, “*por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones*”. Al Respecto, el Ministerio adelantó la compra de los medicamentos para aproximadamente 1000 pacientes
- Diseño del sistema de información para el seguimiento de los pacientes tratados para hepatitis C a través de la Cuenta de Alto Costo.
- Elaboración y difusión de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- Diseño y pilotaje de los lineamientos de vacunación contra la hepatitis B en poblaciones clave.

## **Violencia de género**

Los principales logros en el abordaje integral en salud de las violencias de género para el periodo del correspondiente informe son:

- 251 personas (215 mujeres y 36 hombres), de 142 organizaciones de base comunitarias, veedurías y asociaciones de usuarios de salud en cinco departamentos y un distrito (Caquetá, Chocó, Huila, La Guajira,

- Vaupés y Buenaventura) capacitadas en Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y el Derecho a una vida libre de violencias y 72 materiales pedagógicos entregados para que las organizaciones realicen procesos de sensibilización y formación en salud y derechos sexuales y reproductivos.
- Cinco (5) estrategias de movilización social para la prevención de las violencias de género implementadas en Antioquia, Caquetá, Chocó, Huila y La Guajira. Estas estrategias fueron construidas por 142 personas que participaron en los grupos base conformados por servidoras y servidores públicos y personas de la sociedad civil. El número de personas sensibilizadas con las estrategias, fue de aproximadamente 600 en Medellín, 200 en Quibdó, 500 en Florencia, 500 en Neiva, 300 en Riohacha.
  - Una estrategia de comunicaciones con el mensaje sombrilla de “En violencias de género, la salud es primero” distribuida a las Direcciones Territoriales de Salud, para posicionar la importancia de la atención integral en salud para las víctimas de violencias de género, principalmente de violencias sexuales y de ataques con agentes químicos.
  - Presentación de piezas teatrales como “Ella en Shakespeare”, “5 Mujeres, un mismo trato” y serie de microteatros sobre diferentes casos de violencias de género a cargo de Casa Ensamble y realización de foros de discusión y procesos de sensibilización, dirigidos a funcionarias, funcionarios, periodistas y a la comunidad en general en las ciudades de Bogotá, Medellín y Pereira.
  - 1.543 profesionales del sector salud certificados en Atención en Salud Integral a Víctimas de Violencia Sexual, a través del curso virtual en la plataforma del SENA y de cursos presenciales realizados en departamentos con baja conectividad.
  - 187 profesionales de salud certificados en Inclusión del enfoque psicosocial en la atención en salud a víctimas de violencia sexual dentro y fuera del conflicto armado de los departamentos de Amazonas, Vichada, Cauca, Guaviare, Caquetá, La Guajira, Putumayo, Vaupés, Cundinamarca, Bolívar, Valle del Cauca, Nariño, Meta y Tolima.
  - Una Ruta integral de atención para población en riesgo o víctima de violencias, que incluye el abordaje integral de i) la violencia relacionada con el conflicto armado, ii) las violencias de género y, iii) la violencia interpersonal. Las violencias de género incluyen las víctimas de ataques con agentes químicos, las víctimas de violencias sexuales y las víctimas de otras formas de violencias de género. La violencia interpersonal incluye la violencia intrafamiliar, la violencia escolar y la violencia comunitaria.
  - Mecanismo Articulador para el abordaje integral de las violencias de género, especialmente de niñas, niños, adolescentes y mujeres, en funcionamiento y coordinado por el ICBF, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y el MSPS, en cumplimiento de las Leyes 1146/07, 1336/09, 985/05, 1257/08, 1448/11, 1138/11, Decreto 552/12, 1719/14 y la orden 23 del Auto 009/15.
  - 19 espacios de articulación intersectorial para la atención a víctimas de violencias de género fortalecidos en nueve (9) departamentos (dos municipios por departamento) y un distrito (Amazonas -Leticia y Puerto Nariño-, Antioquia -Medellín y Vigía del Fuerte, Caldas -Manizales y La Dorada-, Caquetá -Florencia y San Vicente del Caguán-, Cauca -Popayán y Tambo-, Cesar -Valledupar y La Paz-, Chocó -Quibdó e Itzmina-, Huila -Neiva y Colombia-, Magdalena -Sabanas de San Angel y Zona Bananera- y el Buenaventura).
  - Guía metodológica para el abordaje intersectorial de las violencias de género y Curso de autoformación para el abordaje intersectorial en la atención integral a las víctimas de violencias de género, con énfasis en violencias sexuales, dirigido a servidoras y servidores públicos de los sectores de salud, justicia, protección y educación.
  - Departamentos de Amazonas, Caldas, Guaviare, Cesar, Chocó, Huila, Cauca y el distrito de Buenaventura, con capacidad técnica de los gestores del SGSSS fortalecida para el abordaje integral de las violencias de género con énfasis en violencias sexuales, mediante la estrategia de asistencia técnica.
  - Sistema de Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género funcionando en los 32 departamentos del país, con un reporte anual de aproximadamente 90.000 casos de violencias de género con un total de 2.553 Unidades Primarias Generadoras del Dato en el País.

- Documento técnico sobre el Marco normativo, conceptual y operativo del Sistema Integrado de Información de Violencias de Género, SIVIGE, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), el Ministerio de Justicia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Consejería para la Equidad de la Mujer. Este documento unificó conceptos y variables para el análisis de las violencias de género, como sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, grupos étnicos, ámbitos de ocurrencia, caracterización del agresor y relación con la víctima, entre otros.
- Línea de Violencias de Género implementada en el marco del Observatorio Nacional de Violencias de Género por parte del Ministerio de Salud con la primera salida de Información mediante indicadores de consulta abierta.

### **Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes**

a. Formación de capacidades para la implementación de la Estrategia de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes con énfasis en prevención de embarazo en la adolescencia.

Se terminó el diseño la Estrategia de Atención Integral a NNA con énfasis en prevención de embarazo

Durante el año 2016, se realizaron acciones encaminadas a fortalecer las capacidades de los municipios priorizados, para implementar la Estrategia en 22 Departamentos y 192 municipios seleccionados. Entre las acciones realizadas en los departamentos y municipios se cuenta:

- Fortalecimiento de instancias institucionales del Estado y los espacios de participación social para la coordinación y desarrollo de las acciones de la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo en la Adolescencia - ENPEA, la inducción y estandarización de procesos para su implementación, incluyendo contenidos, metodología, seguimiento y evaluación.
- Desarrollo de metodologías de reconocimiento y aproximación a los contextos, mediante el levantamiento de un mapeo de actores institucionales existentes a nivel territorial, departamentos y municipios asignados
- Elaboración de Tablero de Control para la Estrategia Nacional de Atención de Niñas, Niños y Adolescentes con Énfasis en la Prevención de Embarazos en la Adolescencia (ENPEA)

b. Desarrollo de capacidades para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes participantes en las iniciativas juveniles seleccionadas en 2014, pertenecientes a los municipios focalizados por tener el mayor promedio de tasas específicas de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 y 15 a 19 años en condiciones de vulnerabilidad,

Se realizó línea de base de estado de implementación y acompañamiento local a las 241 iniciativas activas, 166 con posibilidades de reactivación, 70 disueltas y 109 no halladas. Se realizaron 14 talleres regionales, en los cuales se tuvo representación de 210 iniciativas juveniles, de 30 departamentos y 99 municipios para un total de 415 participantes de 14 a 24 años. En los talleres se priorizó desarrollo de capacidades en gestión, formación en Derechos humanos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva, cuidado del cuerpo, proyectos de vida, diversidad, violencia sexual, y de género, relaciones afectivas, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, intercambio de experiencias; movilización información educación, comunicación; participación juvenil, incidencia política y paz.

Se calcula que se contó con la participación 14.000 adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años, de manera directa en todas las condiciones de etnia (indígenas (59) afrodescendientes (70), palanqueros (3) raizales (5); personas con discapacidad (45), víctimas del conflicto armado (92); LGBTI (80); excombatientes en proceso de reintegración (15) en 31 departamentos y 153 municipios; y 250.000 personas de manera indirecta.

c. Formación de capacidades en el talento humano en salud de Direcciones territoriales de salud (DTS), Empresas prestadoras de servicios de salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para la atención diferenciada de adolescentes y jóvenes y elaboración de insumos técnicos, normativos y de gestión de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes – SSAAJ:

- Asistencia técnica territorial para implementación del modelo de SSAAJ desde las entidades territoriales de salud, Se desarrollaron 22 encuentros dirigidos a prestadores de servicios de salud para adolescentes y jóvenes de IPS, EPS, ESE del departamento, encargados de Promoción y Prevención (Médicos/as, Enfermeros/as jefes y Psicólogos/as), representantes de cada Sector que integra la Mesa Intersectorial para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, adolescentes y jóvenes beneficiarios de las iniciativas juveniles y representantes de grupos, organizaciones o redes de jóvenes que trabajen en temas de sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos en departamentos priorizados por sus altas tasas de fecundidad específica en adolescentes y por solicitud de las Direcciones Territoriales (Cesar, Magdalena, Bolívar, Córdoba, Sucre, La Guajira, Chocó, Quindío, Tolima, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila, Tolima, Amazonas, Vaupés, Arauca, Casanare, Meta, Caquetá, Cundinamarca) . 10 talleres para el fortalecimiento de capacidades del talento humano para la implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes con participación de 406 profesionales y 71 adolescentes de 132 municipios.
- Asistencia técnica en el marco de la implementación de proyectos de para implementar y expandir los SSAAJ o a través de las Cajas de Compensación Familiar con participación de 267 profesionales y 37 adolescentes de 63 municipios. También con fuerzas militares, con la participación de 69 profesionales de 6 municipios.

d. Desarrollo de herramientas nacionales e internacionales para la promoción de los DSR dirigida a adolescentes y jóvenes, a mencionar:

- Organización y coordinación de acciones semana Andina de Prevención de Embarazo Adolescente, para la presentación de la obra de teatro “precoz”, en Casa Ensemble; La asistencia fue de 70 Jóvenes en acción, del ICBF: 70 jóvenes, del Sena: 147 aprendices, de Iniciativas juveniles del país (MSPS-OIM): 26 jóvenes y del Colegio La Giralda de Bogotá: 70 jóvenes.
- Elaboración, diseño e impresión de brochure de la situación del embarazo en adolescentes en departamentos y a nivel nacional.
- Desarrollo del IV foro nacional de prevención del embarazo en adolescentes Al foro asistieron un total de 159 personas,
- Apoyo al desarrollo de una estrategia de comunicación Estrategia digital “sexualidad #SinMisterios para prevenir el embarazo”, divulgado en la página del ministerio “generación más”, <http://www.generacionmas.gov.co/Pages/Default.asp> y en la página: <https://www.facebook.com/UNFPAColombia/notes>
- Se realizaron 5 videos testimoniales con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, y el diseño de una campaña por medios virtuales.
- Estudio de cobertura y calidad de los SSAAJ:
- En el marco de un proyecto piloto liderado por UNFPA LACRO con la participación de Chile y Colombia, se llevó a cabo el estudio, En Colombia el estudio sólo evaluó la calidad, esta evaluación se realizó en los servicios de salud amigables de Duitama, San Onofre y Bogotá.

e. Desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de los Consejos Regionales, Consejo Nacional de Jóvenes de Prevención de Embarazo Adolescente y Veedurías Juveniles a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes -SSAAJ, así como, en la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos los municipios focalizados por tener el mayor promedio de tasas específicas de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 y 15 a 19

años en condiciones de vulnerabilidad (menor instrucción, bajo nivel de riqueza, en situación de desplazamiento y víctimas del conflicto armado):

- Consejos de Juventud para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia; conformado por (5) Consejos Regionales de Juventud para la prevención del embarazo en la adolescencia provenientes de 22 departamentos, constituido por 81 líderes juveniles.
- Veedurías Sociales Juveniles a los SSAAJ. Se encuentran funcionando 30 veedurías sociales, en 10 departamentos.
- Mapeo Grupos, redes y organizaciones juveniles (GORS): Se identificaron 106 GORS en 31 departamentos (excepto Vichada)

Desarrollo de capacidades en Anticoncepción y doble protección (AC Y DP):

- Desarrollo de 5 Talleres de formación al recurso humano los departamentos Norte de Santander, Sucre, Atlántico, Huila y Chocó, para mejorar capacidades de consejería en el marco de DSR con criterios de elegibilidad de la OMS 2015, en asesoría en marco de derechos sexuales y reproductivos, criterios de elegibilidad de la OMS 2015, entrenamiento en inserción y retiro de implantes subdérmicos y DIU entrega de Anticoncepción de emergencia y DIU en hospitales donde se atienden mayor número de partos y abortos del departamento, y entrega de documentos técnicos (los de esta reunión), para fortalecer las capacidades locales para la provisión efectiva de métodos anticonceptivos.
- Realización de 23 talleres de formación para la implementación de los SSAAJ en 23 DTS, con la participación aproximada de 1.000 profesionales de la salud, se realizó entrenamiento en consejería en anticoncepción y criterios de elegibilidad de la OMS.
- Talleres de formación en consejería en el marco de 5 reuniones regionales de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) con cobertura nacional, participación aproximadamente 300 profesionales de salud a cargo de la atención a adolescentes y jóvenes en el país.
- 26 talleres de prácticas claves que salvan vidas bajo escenarios de simulación. Temáticas de atención pre-concepcional, anticoncepción, detección de alteraciones del embarazo, atención del parto normal, identificación y manejo precoz de complicaciones, remisión oportuna y prevención del aborto inseguro e IVE, manejo de la sepsis obstétrica, atención a la mujer con Síndrome Hipertensivo Asociado el Embarazo SHAE y prevención y atención de la hemorragia de origen obstétrico.
- Se desarrolló un proceso de capacitación para el fortalecimiento de capacidades técnicas institucionales en la organización, gestión, operación y prestación de servicios de IVE en 15 prestadores primarios de los Departamentos de Arauca, Amazonas, Atlántico, Caldas, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Chocó, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Sucre y Valle del Cauca de los municipios de: Sincelejo, Soacha, Uribía, Arauca, Ipiales, Valledupar, Anserma, Villavicencio, Soledad, Quibdó, Ciénaga, Mocoa, Tuluá, Leticia, Popayán. La implementación de este proceso se llevó a cabo por la Fundación Oriéntame, en calidad de experta en la atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, en el entrenamiento a prestadores de servicios y en la implementación de servicios en baja complejidad.

Se brindó fortalecimiento a 73 profesionales, entre asistenciales y administrativos de las IPS/ESE seleccionadas incluyendo los siguientes elementos:

- Capacitación teórica en conocimientos sobre los aspectos normativos, jurídicos, médicos, sociales y éticos de la atención integral de la IVE, la implementación de la Sentencia C-355.
- Entrenamiento práctico para la atención (técnica de AMEU y de medicamentos para la realización del procedimiento de IVE, orientación, asesoría anticonceptiva, inserción de DIU e implante y control pos procedimiento IVE).

- Entrenamiento teórico y práctico en aspectos técnicos y operativos del servicio de IVE en primer nivel de atención.
- Diseño del plan de implementación y propuesta de réplica.
- Acompañamiento y seguimiento a la implementación del plan en capacitación de cada IPS/ESE.

### 3.10 Curso de vida

El Grupo Curso de Vida de la Dirección de Promoción y Prevención, en el transcurso de este periodo, ha consolidado su gestión en cuatro grandes ejes de trabajo, los cuales se desagregan y describen a continuación:

**Implementación de rutas integrales de atención en salud: ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida y ruta integral de atención materno – perinatal.**

#### **Producción y desarrollo de lineamientos técnicos y metodológicos**

El desarrollo de los lineamientos técnicos y metodológicos se constituye en una línea de trabajo permanente que establece las directrices y orientaciones de orden técnico, metodológico y operativo para la gestión del enfoque curso de vida en la RIAS, así como la implementación de las mismas en el territorio nacional. En este sentido en el periodo se han producido los siguientes productos:

- Planes estratégicos de salud para los momentos vitales: infancia (6- 11 años), adolescencia (12- 17 años) y juventud (18-28), adulto (29-59 años) y adulto Mayor (60 años y más), con enfoque de curso de vida.
- Documento lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para Población Materno – Perinatal
- Documento metodológico para la socialización de los contenidos de los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para Población Materno – Perinatal

#### **Asistencia técnica: socialización y apropiación conceptual**

Con objeto desarrollar capacidades en las Entidades territoriales para implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para Población Materno – Perinatal, del Modelo de Integral de Atención en Salud - MIAS, se realizó asistencia técnica con actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Direcciones Territoriales de Salud - DTS, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS) a través de escenarios de socialización, sensibilización

El abordaje metodológico de la jornada tuvo una intensidad de 16 horas de trabajo continuo en el que participaron treinta y dos DTS departamentales y cuatro DTS distritales donde se trataron los siguientes temas: humanización y talento humano, Política de Atención Integral en Salud, Modelo Integral de Atención en Salud, Rutas Integrales de Atención- RIAS, proceso de implementación de RIAS y construcción conjunta de un plan de acción para dar inicio ejecutar la implementación. Con la participación de: Atlántico, Magdalena, Guainía, Vichada, Caquetá, Risaralda, Quindío, Vaupés, Boyacá, Antioquia, Meta, Casanare, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés, Córdoba, Sucre, Cesar, La Guajira, Guaviare, Santander, Norte Santander, Cauca, Tolima, Huila, Caldas, Bolívar, Nariño, Chocó, Cundinamarca, Valle del Cauca, Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta.

Producto de las inquietudes y preguntas más frecuentes que realizaron los participantes en los espacios de socialización, se obtuvieron los insumos para la formulación del ABC y banco de preguntas como una herramienta para resolver las dudas frente a la implementación y operación de las RIAS.

Construcción de un plan de acción para la implementación a partir de la socialización de los conceptos y disposiciones normativas que recogió las acciones necesarias para la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para Población Materno – Perinatal, teniendo en cuenta las competencias y responsabilidades de los participantes.

### **Gestión territorial para la atención integral en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia**

Asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia.

En el marco de la cooperación de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (Convenio 547 de 2015), se implementó la segunda fase del proceso de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial con el objetivo de desarrollar capacidades en las entidades territoriales para la implementación de la atención integral en salud a la infancia.

La segunda fase dio continuidad a los avances y logros de la primera y se centró en acompañar a las entidades territoriales en el reconocimiento de la situación y prioridades relacionadas con el derecho a la salud y alimentación de niños y niñas, con el fin de hacer el respectivo acompañamiento para gestionar las adecuaciones requeridas para la implementación de la atención integral a la primera infancia en conformidad con las prioridades identificadas.

En esta fase se trabajaron tres ejes: i. La gestión de la política (inclusión de prioridades en la planeación en salud, gestión para la inversión de recursos CONPES de infancia, la orientación de procesos de asistencia técnica), ii. La Calidad y humanización de los servicios de detección temprana y protección específica (socialización y acompañamiento para la implementación de la metodología de valoración de calidad y humanización de los servicios de atención prenatal, parto, posparto, recién nacido y crecimiento y desarrollo y para las adecuaciones o acciones de mejora requeridas) y iii. El fortalecimiento del trabajo con familia y comunidad para el cuidado y desarrollo integral de la infancia (Socialización de orientaciones conceptuales y operativas y acompañamiento a la estructuración de propuestas de trabajo).

El acompañamiento territorial contempló tres modalidades, las dos primeras desarrolladas en el marco del Convenio con la Organización Internacional para las Migraciones:

- Desarrollo de capacidades en los departamentos priorizados para el Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional.
- Acompañamiento a 21 departamentos priorizados, para el desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia
- La tercera modalidad fue el acompañamiento a cinco departamentos no priorizados en el convenio, proceso que estuvo a cargo del grupo curso de vida, para el desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia.

Los resultados del despliegue de la segunda fase descrita anteriormente, en relación a la asistencia técnica para la atención integral en salud para la primera infancia e infancia – Acompañamiento territorial, son los siguientes:

- Desarrollo de capacidades a los actores del SGSSS en los 32 departamentos, 5 distritos y 232 municipios priorizados por sus condiciones críticas de salud materna e infantil
- En relación al eje de gestión de política: nueve DTS realizaron autovaloración de sus capacidades e identificaron las oportunidades de mejora. Tres DTS designaron referentes de salud infantil. Seis DTS conformaron comités inter áreas para los temas de salud infantil. Nueve DTS realizaron ajustes a sus procesos de asistencia técnica para hacerlos más integrales. Diecinueve DTS fueron asesorados para la formulación de sus planes de acción en salud y dos DTS se asesoraron en sus componentes operativos del plan anual de inversiones en salud.
- Respecto a la calidad y humanización, en 174 IPS de los municipios priorizados y los equipos de las 37 DTS, se socializó la metodología de valoración de calidad y humanización de servicios de atención prenatal, parto y puerperio, recién nacido y control de crecimiento y desarrollo. En 164 municipios se logró la implementación de la metodología especialmente para el control de crecimiento y desarrollo en los municipios priorizados de los 5 departamentos en los que se acompañaba la implementación del PNPRAN (Bolívar, La Guajira, Nariño, Sucre, Guainía y Quibdó) y de éstos en 32 IPS se logró alguna adecuación del servicio en alguno de los puntos críticos identificados siendo principalmente la adecuación de infraestructura y la implementación de estrategias de demanda inducida para atención del crecimiento y desarrollo y atención del parto, entre otras.

En el mismo eje de desarrollo de capacidades para la implementación de la valoración de calidad y humanización a través de las herramientas diseñadas con este fin y que fueron evidenciados en los documentos de consolidación por cada uno de los departamentos objeto del acompañamiento territorial desde los equipos del Convenio OIM 547-2015 se destacan los siguientes logros

- Respaldo de las gerencias o direcciones territoriales
- Apropiación de la metodología como equivalente a los procesos de seguimiento a EAPB e IPS
- Se logró operativizar el anexo técnico de calidad y humanización y buscar que las direcciones territoriales, los prestadores y aseguradores establecieran mecanismos de evaluación de resultados en salud como garantía de los derechos en salud para el grupo poblacional de mujeres gestantes, niños y niñas
- Construcción de planes de mejoramiento por parte de IPS en los territorios

Por otra parte, se han desarrollado las siguientes acciones de asistencia técnica para la implementación integral en salud:

- Socialización de la Resolución 2175 de 2015, a los departamentos de Sucre, Guainía, Bolívar, Guajira, Nariño, Choco, a través de la cual se realiza el seguimiento a las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto, con el fin de iniciar el proceso de reporte de la entrega de los micronutrientes, en el marco del Programa de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional (PNPRAN).
- Desarrollo de capacidades en temas de gestión de recursos para la atención integral para la primera infancia y gestantes.
- Desarrollo de capacidades a Instituciones Prestadoras de Servicios, a través de mecanismo virtuales para el reporte de la información de la Resolución 2175 de 2015, logrado con corte a mayo de 2017, el reporte efectivo de la información de 580 IPS.
- Gestión como sector para incluir la línea de salud en el ajuste del decreto (próximo en salir) de FONIÑEZ.

- Estrategias de información, educación y comunicación para la atención integral en salud a infancia y adolescencia diseñadas acorde a las características culturales de la población y que cubran efectivamente las poblaciones de riesgo.
- Elaboración del inventario y análisis de herramientas pedagógicas y didácticas actualizadas para la atención integral en salud a infancia y construcción de material pedagógico y didáctico para atención integral en salud a infancia. Divulgación de la maleta pedagógica.

### **Adecuación de los procesos de gestión**

En el 76 % de las Direcciones Territoriales de Salud, se logró la adecuación de los siguientes procesos:

- Desarrollo de capacidades técnicas (apropiación conceptual del marco de política, enfoque de curso de vida y de lineamientos de atención integral en salud a la primera infancia e infancia).
- Disponibilidad de insumos (Dotación de implementos de consultorios del programa de crecimiento y desarrollo y control prenatal, incorporación de instrumentos como el CLAP y el modelo biopsicosocial a las historias clínicas de las mujeres gestantes, fortalecimiento de la demanda inducida, asignación de citas de acuerdo a resolución 412 de 2000, remisión interconsulta desde el programa de crecimiento y desarrollo hacia los servicios de vacunación y odontología, e implementación y mejoramiento de salas ERA).

### **Fortalecimiento de equipos territoriales**

Contratación de talento humano (referente de infancia, vigilancia en salud pública, coordinador de promoción y prevención y funcionario de apoyo a la gestión en las entidades territoriales del Meta, Norte de Santander y Sucre.

### **Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intersectorial**

- Participación activa de los referentes de salud infantil en espacios intersectoriales (Mesas técnicas de Primera Infancia, infancia, adolescencia y familia, comités temáticos, comités de seguridad alimentaria y nutricional).
- En el departamento de Chocó, se logró la elaboración de un documento inicial de valoración de capacidades de familias y comunidades para el cuidado y desarrollo integral, el cual puede ser útil para orientar el trabajo de priorización de necesidades de fortalecimiento de las familias y la construcción de acuerdos intersectoriales entre la DTS y otros sectores relevantes para la atención integral a NNA.

### **Inclusión en Planes de Salud Territorial**

Se incluye como prioridad la Atención Integral en Salud para mujeres gestantes, niños, niñas y sus familias en los PST 2016-2019 y el PIC 2016, en los departamentos de Bolívar, Chocó, La Guajira, Sucre, Guainía, Nariño, Antioquía, Arauca, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Tolima y Vaupés.

### **Desarrollo de capacidades institucionales y comunitarias en pueblos étnicos**

A través del convenio 519 de 2015, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud y de acuerdo a la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Acompañamiento técnico y financiero a la formulación y validación de Rutas Integrales de Atención a la Primera Infancia con 10 comunidades de grupos étnicos, dentro de ellos: comunidades de los Pueblos

indígenas: Nasa, municipio de Toribío; Nasa, municipio de Jambaló; Pastos, resguardo del Gran Cumbal, Cumbal, Nariño; pueblo Misak, Resguardo indígena Piscitau, Piendamó, Cauca; pueblo Arhuaco, Sierra Nevada de Santa Marta, Cesar y Magdalena; pueblo Puinave, Resguardo el Paujil, Puerto Inírida, Guainía; pueblo Chimila – Ette Ennaka, comunidades Issa Oristunna y Ette Butteriya, del municipio Sabanas de San Ángel, Magdalena. Raizales: isla de Providencia. Palenqueros: San Basilio de Palenque, Bolívar. Afrocolombianos: ASOCASAN (Consejo Comunitario Mayor del Alto San Juan), Tadó, Chocó.

- Desarrollo de asesoría, asistencia técnica y supervisión a municipios seleccionados para la implementación de abordaje de la salud intercultural para la atención integral de las gestantes, niñas, niños y adolescentes de los pueblos étnicos priorizados en el proceso y por los autos de la corte constitucional.
- Se fortalecieron las capacidades operativas y técnicas en las instituciones de salud, mediante el acompañamiento de especialistas en ginecología y obstetricia y pediatría, mediante 8 módulos desarrollados, a través de la metodología de dialogo de saberes, grupos de discusión, talleres reflexivos, videos comentados.
- Información, sensibilización y movilización acerca del tema de familia y corresponsabilidad, la familia como actor clave de la salud integral de las mujeres gestantes, niños y niñas desde sus usos y costumbres, estas acciones se desarrollaron en los departamentos de La Guajira, Sucre, Nariño y Guainía.

### **Aprobación de recursos CONPES y otras fuentes de financiación**

Los proyectos a nivel municipal y departamental aprobados fueron:

- Fortalecimiento de la red de frio para el Programa PAI en el departamento de Caquetá.
- Adecuación institucional para el fortalecimiento de acceso a los servicios de salud materno infantil mediante contrato interadministrativo con la ESE Hospital San José en el municipio de Belalcázar - Caldas.
- Dotación de salas de parto, fortalecimiento a las familias y comunidad previa valoración de la situación de las familias y desarrollo de capacidades a talento humano en salud materno e infantil, proyectos aprobados en el departamento del Tolima.
- Priorización de inversión de recursos CONPES por parte de la dirección territorial de salud departamental en actividades para el fortalecimiento de capacidades en las familias y comunidades y acciones para mejorar la calidad de las atenciones priorizadas en la ruta de atención integral en salud a infancia, en el departamento del Chocó.
- En el departamento de Nariño, se realizó la priorización de inversión de recursos CONPES por parte de la dirección territorial de salud departamental en actividades para el fortalecimiento de capacidades en las familias y comunidades y acciones para mejorar la calidad de las atenciones priorizadas en la ruta de atención integral en salud a infancia.
- En este proceso se involucraron los 32 DTS departamentales y las 5 DTS distritales La Guajira, Bolívar, Sucre, Choco, Nariño, Guainía, Cartagena, Amazonas, Antioquía, Atlántico, Arauca, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Santander, San Andrés y Providencia, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada, Buenaventura, Barranquilla, Santa Marta, Córdoba, Boyacá, Casanare, Quindío y Risaralda.

### **Generación de hábitos y prácticas saludables**

En el proceso de implementación de esta estrategia se obtuvieron los siguientes resultados:

- Documento con el diseño metodológico del proceso de formación teórico - práctico a las instituciones y comunidades focalizadas, para formación y entrenamiento en la Estrategia de hábitos de vida saludable y en el uso del Kit de herramientas, incluyendo el seguimiento de la apropiación y uso por los actores cualificados.

- Diseño e implementación de la campaña y material comunicacional
- Implementación de la Estrategia para promover Hábitos de Vida Saludable que comprende 12 municipios: Pueblo Bello en Cesar, Kamentsá en Valle del Sibundoy en Putumayo, Raizales en San Andrés y Providencia, Palanqueros en San Bacilo de Palenque en Bolívar, Manizales - Caldas, Maicao en Guajira, Ibagué- Tolima, Barranquilla - Atlántico y Bogotá, Cauca-Popayán, Boyacá - Duitama, Mitú - Vaupés.
- Distribución de material para los 12 Municipios, 6 actores por municipio y 12 kits por Municipio (2 por actor institucional y kit para proceso de cualificación con equipos remotos del operador.
- En relación al CONPES 3861 de 2016 y 3887 de 2017 se han adelantado las siguientes acciones de socialización y seguimiento: 1) Socialización de las orientaciones generales para formulación de proyectos y de los lineamientos técnicos correspondientes a la línea de salud “salud y bienestar en los mil primeros días”. 2) Construcción de informe de seguimiento a la ejecución de recursos CONPES, en el sector salud.

### **Fortalecimiento de las competencias en el talento humano para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia, con enfoque diferencial y de curso de vida**

El fortalecimiento de la capacidad institucional a partir de la cualificación del talento humano, se orientó a generar procesos de formación o actualización permanente dirigida a los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud con responsabilidad en la promoción de la salud de las gestantes, niños y niñas, contribuyendo al desarrollo integral, las temáticas abordadas pretendían fortalecer la planeación, gestión y operación de la atención integral. Los procesos desarrollados en el 2016 fueron:

#### **Prácticas claves que salvan vidas bajo escenarios de simulación**

Mediante la realización de 28 talleres (3 en modalidad de facilitador y 25 talleres regionales). Las temáticas abordadas en estos talleres fueron: atención pre-concepcional, anticoncepción, detección de alteraciones del embarazo, atención del parto normal, identificación y manejo precoz de complicaciones, remisión oportuna y prevención del aborto inseguro e IVE, manejo de la sepsis obstétrica, atención a la mujer con Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo SHAE y prevención y atención de la hemorragia de origen obstétrico. Como resultado de este proceso se logró:

- La cualificación de 774 profesionales de la salud en Prácticas claves que salvan vidas bajo escenarios de simulación en 153 municipios y 184 IPS e instituciones relacionadas con los servicios de salud.
- Entrega de insumos críticos para la atención de emergencias obstétricas: 110 trajes antichoque, 50 balones de Bakri, 150 kits de emergencia obstétrica a los representantes de IPS de los municipios.

Las DTS priorizadas para la cualificación en esta estrategia fueron: Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Vichada, La Guajira, Santa Marta, Norte De Santander, Córdoba, Valle Del Cauca, Bogotá D.C.

#### **Implementación del plan de acción en salud primeros mil días**

En cuatro áreas demostrativas en los departamentos de La Guajira, Chocó, Guainía y Nariño. Como una de las actividades de este proceso se realizó la cualificación a los profesionales y técnicos de la salud de las instituciones seleccionadas como áreas demostrativas, responsables de los programas materno-infantiles. Los contenidos fueron:

- Bloque 1. Derechos sexuales y reproductivos, Salud de la Familia Gestante y Atención del Parto: i) derechos de salud sexual y reproductiva y equidad de género, ii) prevención y detección temprana de las alteraciones

del embarazo, iii) complicaciones del embarazo y trabajo de parto y atención del parto y iv) mortalidad materna.

- Bloque 2. Salud de las niñas y los niños desde la gestación hasta los dos años de vida: i) derechos de los niños y las niñas, ii) humanización de la atención en salud, iii) crecimiento y desarrollo del niño y la niña en la etapa prenatal y nacimiento humanizado, iv) puericultura del recién nacido, v) lactancia materna, vi) visita domiciliaria y signos de alarma, vii) pautas de crianza, viii) crecimiento y desarrollo del niño y niña del mes hasta los dos años de vida extrauterina, ix) Escala Abreviada de Desarrollo – EAD, x) Teorías del desarrollo infantil, xi) Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, xii) Salud oral, xiii) Programa AIEPI, xiv) educación para la salud y xv) alertas del desarrollo.

### **Ayudando a respirar al bebé, transporte neonatal y cuidados esenciales del recién nacido**

En esta estrategia tuvo su ejecución en las DTS de Barranquilla, Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo y Arauca y las ciudades de Cartagena, Santa Marta, Valledupar, Sincelejo, San Andrés y Providencia. En total se logró la ejecución de 30 talleres con la participación de 1334 personas, las cuales se cualificaron las siguientes temáticas: i) Ayudando a respirar al bebé, ii) transporte neonatal y iii) cuidados esenciales del recién nacido.

### **Estrategia nacional para la prevención de ceguera por retinopatía del prematuro**

Dirigido a profesionales de la salud: auxiliares, terapistas respiratorias, enfermeras, médicos generales, pediatras y neonatólogos en las instituciones que cuentan con Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Como resultado de este proceso de calificación se obtuvieron los siguientes resultados:

- Formación de 55 profesionales de salud: 3 médicos generales, 4 oftalmólogos, 14 enfermeras, 22 terapeutas respiratorias y 5 neonatólogos/as para la implementación del programa de prevención de ceguera por retinopatía del prematuro.
- Implementación del protocolo nacional del programa de prevención de ceguera por retinopatía del prematuro en las siguientes instituciones en el distrito de Barranquilla: 1. Hospital Niño Jesús, 2. Clínica General del Norte, 3. Clínica San Diego, 4. Clínica Vidacoop, 5. Clínica Mediesp, 6. Hospital Metropolitano, 7. Clínica Adelita de Echar, 8. Clínica La Merced. Sabanalarga: 9. Hospital de la sabana. Soledad: 10. Clínica Adela echar soledad, y 11. Hospital Uninorte.
- Asimismo, a través de la implementación del protocolo nacional del programa de prevención de ceguera por retinopatía del prematuro, se logró identificar que de 344 pacientes, 43 de ellos (12,5%) presentaron retinopatía, y 26 (60,5%) de estos últimos requirieron ser tratados con terapia laser, los demás continúan en seguimiento.

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

- En el componente comunitario, el objetivo principal de este proceso fue el fortalecimiento de las capacidades para el cuidado y la crianza de los niños, niñas, familias y comunidades. El trabajo se fundamentó en el componente comunitario de la estrategia AIEPI, abordando el enfoque de riesgo como un nivel de determinación proximal que requiere dar cuenta de un ejercicio comunitario de problematización a partir de una lectura de derechos realizada por la comunidad, en el que se cubrió el 100% de las DTS.
- Evaluación de impacto de las intervenciones en cualificación del talento humano en salud que cumple funciones relacionadas con PAI y con atención en salud a primera infancia, infancia y adolescencia, en articulación con estrategias AIEPI, IAMI y Grupo Curso de Vida. Se logró capacitar a 105 participantes y con relación a la transferencia de conocimiento y con el fin de estandarizar las acciones realizadas en cada uno de los componentes del programa a nivel central y local, se ejecutaron 38 capacitaciones en las que se

formaron a 4205 personas de todo el territorio nacional. El estudio de AIEPI, fue un estudio de tipo ex post con combinación de abordajes cuantitativos y cualitativos y de naturaleza participativa en 6 regiones del país y en 16 municipios, cuyos resultados facilitaron la obtención de una guía armonizada a la política actual y al modelo integral de atención en salud, para el desarrollo del componente comunitario AIEPI, fortaleciendo familias, comunidades para la atención integral en salud de la primera infancia.

### **Implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes**

Este proceso incluye consejería en anticoncepción y criterios de elegibilidad de la OMS y fue implementado en el 100% de las DTS. En esta estrategia se logró:

- Formación a 300 profesionales de salud a cargo de la atención a adolescentes y jóvenes para la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
- Entrenamiento de 1.000 profesionales en salud en la implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

### **Restablecimiento del derecho a la salud**

Asistencia técnica y acompañamiento a Direcciones Territoriales en Salud – DTS para el fortalecimiento de capacidades del talento humano a cargo de la atención de gestantes, niños, niñas y adolescentes. en situaciones de vulneración y Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos-PARD. En el marco de un trabajo intersectorial con el ICBF y el sector salud (Direcciones Territoriales y Locales de Salud), se realizaron seis talleres para intervención en este tema fueron: Santander, Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Cundinamarca y Bogotá.

### **Gestión del conocimiento**

Como resultados de la gestión del conocimiento se destacan los siguientes

- Actualización y ajuste de la escala abreviada del desarrollo y escala de valoración cualitativa del desarrollo, a partir del mapeo de ítems de otras escalas y conformación de un grupo de expertos con el cual se realizó consenso con método Delphi con ronda virtual y presencial.
- Estudio piloto con participación de 302 niños y niñas en Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, el objetivo es realizar ajustes a la escala abreviada del desarrollo, a partir de los hallazgos en campo.
- Estudio de la medición de la oferta y demanda para la atención preconcepcional y se propuso el protocolo para un estudio de costo-efectividad de la consulta preconcepcional.

## **3.11 Salud ambiental**

**Reglamentos sanitarios:** Se expidieron en el periodo los siguientes:

- Protocolo Autocontrol persona prestadora del servicio público de acueducto y los procesos de supervisión por parte de la autoridad sanitaria.
- Resolución 000549 del 1 de marzo de 2017, “Por la cual se adopta la guía que incorpora los criterios y actividades mínimas de los estudios de riesgo, programas de reducción de riesgo y planes de contingencia de los sistemas de suministro de agua para consumo humano y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 1898 del 23 de noviembre de 2016, “Por el cual se adiciona el Título 7, Capítulo 1, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1077 de 2015, que reglamenta parcialmente el artículo 18 de la Ley 1753 de 2015 en lo

referente a esquemas diferenciales para la prestación de los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo en zonas rurales”.

- Circular “Fortalecimiento en las acciones de vigilancia, prevención, atención y control de cólera por alerta epidemiológica en la región”.
- Resolución 0837 de 2016 “*Por la cual se modifican los artículo 10 y 14 de la resolución 0689 de 2016 Por la cual se adopta el reglamento técnico que establece los límites máximos de fósforo y la biodegradabilidad de los tensoactivos presentes en detergentes y jabones ...*”.

### **Gestión sectorial e intersectorial**

- “Formulación, aprobación y divulgación de la Política Integral de Salud Ambiental - PISA”
- “A 2021 se habrá formulado y estará en operación el Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental SUIA”
- “A 2021 se habrán creado, mantenido y/o fortalecido los diferentes espacios de gestión intersectorial a nivel nacional, en los departamentos, distritos, municipios y Corporaciones Autónomas Regionales CAR”.

### **Política Integral de Salud Ambiental – PISA**

Aprobación en CONASA la propuesta de la Política Integral de Salud, del cual se cuenta con un documento consolidado de diagnóstico, marco conceptual, objetivos y plan de acción. Se debe surtir proceso ante planeación Nacional DNP

### **Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA**

El Ministerio de Salud tuvo la presidencia de la CONASA, la gestión de la Comisión se centró en cerrar el proceso de elaboración del Plan de Acción y Seguimiento - PAS de la Política Integral de Salud Ambiental, así como en apoyar la gestión de la CONASA y las mesas técnicas en la implementación del plan de trabajo de gestión del conocimiento e información en Salud Ambiental.

De la gestión a mayo de 2017, se cuenta con el plan de acción de la CONASA aprobado para 2017, el cual de forma general:

- Incluye acciones del plan de acción de la PISA con inicio en 2017, para avanzar su desarrollo y evitar incumplimientos o rezagos (Implementación del SUIA, el manual operativo, y el acompañamiento a los COTSA al igual que la realización del II Encuentro Nacional).
- Continúa vinculando la implementación del SUIA, desde las diferentes entidades de la comisión (continuando la delimitación de indicadores con base en el modelo de fuerzas motrices, y su respectiva caracterización de fuentes y el generar documentos analíticos por componente temático).
- Inicia el seguimiento a las mesas técnicas de la CONASA, a través de los planes de acción y en cumplimiento al lineamiento de conformación y funcionamiento de las mesas técnicas de la Comisión.
- De las seis (6) mesas de la Comisión, varias de sus acciones a 2016 dieron prioridad a la construcción de indicadores para el SUIA y a la descripción de los aspectos de articulación intersectorial por entidad para las mesas de los COTSA, tal que permitieran una mayor representación y participación de los sectores con base en sus alcances y capacidad territorial.

Es de mencionar como parte de la gestión de las mesas los siguientes resultados:

### **Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental – SUIA**

De este proceso, es mencionar entre sus avances más recientes:

- Concertación y actualización del plan de trabajo para la gestión de información, el cual continúa siendo parte del plan de acción de la CONASA, con base en 3 productos relacionados con: actualizar la batería de indicadores contando con un total de 93 priorizados intersectorialmente, 30 corresponden a calidad del agua, 26 para aire y salud, 37 para zoonosis y 8 indicadores para movilidad.

**Gráfico No. 27. Principales resultados de gestión de las mesas técnicas de la CONASA, año 2016**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26 indicadores priorizados para alimentar el ASISA y el SUIISA con base en el modelo de FM</li> <li>• Acompañamiento conjunto a la mesa regional de calidad del aire del Valle de Aburrá.</li> <li>• Recomendaciones a la guía de los COTSA y el lineamiento de las mesas de la CONASA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 indicadores priorizados para alimentar el ASISA y el SUIISA con base en el modelo de FM</li> <li>• Identificación de acciones intersectoriales a realizar frente a la situación de municipios con calidad del agua inviable sanitariamente</li> <li>• Acompañamiento conjunto a la mesa de calidad del agua de La Guajira.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación del CONPES 3868 de 2016 - Política de gestión del riesgo asociado al uso de sustancias químicas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos de Entornos Saludables actualizados a 2016</li> <li>• Plan de respuesta intersectorial ante la presencia e introducción de enfermedades transmitidas por vectores</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamiento para la conformación y operación de las mesas de la CONASA</li> <li>• Guía para la conformación, funcionamiento y seguimiento de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental</li> <li>• Desarrollo de 5 talleres regionales para el fortalecimiento de los COTSA</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016.

## Portal Web SUIISA

Avances en la creación del portal web del SUIISA en modo de prueba, contando con la consolidación de la información proveniente de las Direcciones Territoriales de Salud, tal como lo son las Experiencias Territoriales Exitosas sectoriales e intersectoriales las cuales pueden incidir en el abordaje de las problemáticas de salud ambiental (anexo 1)

En cumplimiento de los compromisos de la CONASA, de desarrollo el código fuente al interior del Ministerio, respondiendo a al diagnóstico de necesidades de los diferentes actores

## Fortalecimiento de la gestión territorial de la salud ambiental a través de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA

Se logró la formalización de 6 nuevos COTSA, 4 de estos departamentales como el de Norte de Santander (Decreto 1144/2016), Boyacá (Decreto 682/2016), Cesar (Decreto 264/2016), Chocó (Decreto 254/2016), y dos de carácter distrital y municipal como Cartagena (Decreto 693/2016) y Cali (Decreto 0115/2016).

Acompañamiento a los COTSA a Cundinamarca, Guajira, Risaralda, Casanare, Yopal, Antioquia, Tolima, Valle del Cauca, Sucre, Atlántico, Huila, Putumayo, Guaviare y San Andrés,

## Aire y salud

Desarrollo de lineamientos de los componentes de Salud Ambiental

- Participación en la elaboración del Capítulo de Salud Ambiental en el “Informe del Estado de la Calidad del Aire en Colombia 2011 -2015”, liderado por IDEAM.
- Definición y aprobación plan de acción para el año 2017.

### Cambio climático – 2016/2017

- Formulación proyecto pre estructurado de la temática de cambio climático para la estrategia Ondas – Colciencias.
- Desarrollo de las acciones en cumplimiento de la agenda interministerial con Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, componente de cambio climático
- Elaboración del documento de gestión para el análisis de Situación de Salud Ambiental – ASISA.
- Elaboración del Boletín de Clima y Salud, iniciativa intersectorial liderado por la Dirección de Promoción y Prevención y el Instituto Nacional de Salud en coordinación con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia – IDEAM, brindando información relevante a las personas, familias y comunidades para estar preparadas, adaptadas y resilientes al clima

### Zoonosis

#### Gestión de insumos

El Ministerio adquirió y distribuyó a las entidades territoriales de salud del orden Departamental y Distrital biológicos antirrábicos de uso en humanos y el biológico antirrábico para perros y gatos, así:

**Tabla No. 33. Insumos Adquiridos Insumo para el programa de zoonosis en el 2016 y 2017**

AÑO	Vacuna antirrábica de uso en perros y gatos
2016	530.000*
2017	2.694.210**

Fuente: SSA 2015 y 2016.

\*En el segundo semestre se adiciono el Contrato 253 de 2017 para adquirir esta cantidad adicional de vacuna

\*\*Este biológico está pendiente la entrega por parte de Laboratorios Vecol S.A. al Ministerio de Salud y Protección Social

Las Entidades Territoriales de Salud reportaron la vacunación de 4.321.895 perros y gatos, con una cobertura nacional del 67%. Por su parte, para el periodo 1 de enero a 30 de abril de 2017, las entidades territoriales han notificado la vacunación de 588.391 perros y gatos, alcanzando una cobertura acumulada de 8.9% a 31 de mayo de 2017, estando pendientes los informes de segundo bimestre de vacunación 2017 (marzo abril), de las DTS de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Córdoba, Guaviare, Meta, Nariño, Quindío, Santander, Sucre y Vaupés

Desde el Consejo Nacional de Zoonosis, del cual forman parte los Ministerios de Salud, Ambiente y Agricultura, al igual que el Instituto Colombiano Agropecuario, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, se formuló el Plan intensificado de prevención, vigilancia y control de la rabia, con lo cual se pretende cumplir la meta de eliminación de la rabia humana transmitida por perros en el país y el control de la rabia humana de origen silvestre, así mismo se está trabajando en la caracterización de las fuentes de información, dentro del Análisis de Situación en Salud.

### Movilidad segura – 2016/2017

- Construcción de la estrategia de Movilidad Segura desde el enfoque de Salud Ambiental para orientar a las direcciones territoriales de salud.
- Monitoreo y seguimiento a los productos acordados en los términos de referencia para carta de acuerdo (CO/LOA 1500016) para validación de estrategia de Movilidad Saludable, Segura y Sostenible

### **Desarrollo de lineamientos de los componentes de salud ambiental**

- Consolidación de la Estrategia de Seguimiento a la gestión territorial sectorial de salud ambiental y sus instrumentos
- Validación Estrategia de Movilidad Saludable, Segura y Sostenible
- Propuesta de “Guía para identificar el riesgo de los cuerpos de agua naturales que abastecen los sistemas de suministro de agua para consumo humano en el marco de la Resolución 4716 de 2010”.
- Propuesta de “Guía técnica que orienta la elaboración del plan de trabajo correctivo”

### **Componente seguridad química**

En el marco del CONPES 3550, se realizó la formulación interinstitucional de los proyectos normativos en decretos sobre gestión de Químicos puestos en consulta pública en febrero 2017:

- “Por la cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones”
- “Por la cual se establece los instrumentos para la Gestión de Sustancias Químicas de Uso Industrial”
- “Por el cual se adopta el Programa de Prevención de Accidentes Mayores”
- Formulación de la resolución “Por la cual se modifican los requisitos para la demostración de la conformidad de los juguetes, sus componentes y accesorios que se comercialicen en el territorio nacional”, se encuentra en proceso de publicación Nacional e Internacional.
- Documento de Gestión del Análisis de Situación de Salud Ambiental por Sustancias Químicas -ASISA Sustancias Químicas – SQ en el Marco del Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental.
- Liderar el “Plan sectorial de salud de mercurio” y seguimiento al “Plan Único de Mercurio”, de forma articulada con los Ministerios de Ambiente, Minas y Comercio, en el marco de la Ley 1658 de 2013, avanzando en la definición de las estrategias para el componente de Dispositivos médicos y salud bucal, con Prestación de Servicios, Epidemiología, Riesgos Laborales, actualmente en concertación con Min Comercio.
- Reglamentación del artículo 5 de la Ley 1658 de 2013, con el Ministerio de Comercio, en relación al control a la importación de Mercurio, el cual se consolidó en el Decreto 2133 de 2016.
- Actualización de la exposición de motivos para proyecto de Ley de Ratificación del Convenio de Minamata sobre mercurio remitido por Cancillería y desarrollo de la Asistencia Técnica de la Secretaria del Convenio de Rotterdam para el establecimiento de las medidas reglamentarias de implementación.
- Construcción de la ruta de asistencia en salud a las personas potencialmente expuestas a mercurio en la zona de la Mojana, dentro del marco de los estudios de identificación de efectos en la salud por la exposición a mercurio realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social- Universidad de Córdoba y el Instituto Nacional de Salud, Ruta Socializada a EPS’s y DTS’s.
- Estudio de identificación de efectos sobre la salud por exposición a mercurio en departamentos priorizados, con presencia de minería aurífera y sus impactos desde el enfoque de género”. para los departamentos de Chocó, Nariño y Vaupés a través del convenio interadministrativo entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Universidad de Córdoba.
- documento de propuesta de metodologías para realizar estudios de impacto en salud y de riesgo en salud por las actividades de proyectos mineros nuevos y existentes en el país.

- Acompañamientos técnicos solicitados por el Consejo Nacional de Estupefacientes, haciendo énfasis en los procedimientos y requisitos que deben ser implementados y seguidos por la DIRAN dentro del contexto del Programa de Erradicación de Cultivos ilícitos por Aspersión Terrestre – PECAT en pro de la protección de la salud de los grupos operativos y la comunidad en las zonas de influencia del programa

### **Componente Inspección, Vigilancia y Control Sanitario**

- Construcción del Modelo Operativo para las acciones de Inspección, Vigilancia y Control sanitario para los objetos de interés en salud ambiental.
- Construcción de las herramientas para la implementación del Modelo Operativo para las acciones de Inspección, Vigilancia y Control sanitario para los objetos de interés en salud ambiental.

### **Entornos saludables: junio 2016 – mayo 2017**

- Participación en la formulación del Decreto 1898 de 2016, con un componente de gestión social y proyecto de la Guajira, agua y saneamiento básico – tecnologías alternativas.
- Participación en la estrategia Alianza para el reciclaje liderado por Ministerio Ambiente, en las ferias de oferta institucional a nivel nacional y distrital (Valledupar, Bucaramanga y Distrito Capital) segundo semestre del 2016.
- Producción de lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, Fichas de caracterización del EC, EH, EL y EE, Manual de Gestión Territorial y metodología para la formulación del Plan de Acción intersectorial de Entornos Saludables – PAIES, en el año 2017 se encuentran en proceso de implementación.
- Acompañamiento, seguimiento y evaluación al Proyecto Especial de Sorbos de Vida, Agua para Consumo en la Vivienda (Filtros de Vela Cerámica) “, a las DTS de Caldas, Atlántico, Magdalena, Santa Marta y Nariño, como componente educativo para el uso de tecnologías alternativas en comunidades vulnerables.

#### 4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CALIDAD

##### 4.1 Infraestructura hospitalaria y dotación

###### **Lineamientos para la gestión integral de infraestructura física en salud y la dotación hospitalaria**

Se dio continuidad con la elaboración de guías e instrumentos que orienten la gestión de la capacidad instalada y a la preparación del acto administrativo que modifique la Resolución 4445 de 1996, relacionada con las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Específicamente, como parte de la metodología diseñada y empleada para actualización de la norma, se llevaron a cabo mesas de trabajo técnicas con diferentes especialidades médicas para la validación de los estándares propuestos. Igualmente, se socializó la propuesta de actualización de esta norma al interior de las dependencias del Ministerio y posteriormente con las Entidades Territoriales. Adicionalmente, se expidió la Resolución 2324 del 03 de junio de 2016, *“Por medio de la cual se adoptan los estándares de calidad para la atención en salud en los establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente a la privación de la libertad”*.

###### **Entidades territoriales departamentales y distritales apoyadas en la formulación, implementación y seguimiento de lineamientos para la gestión integral de infraestructura física en salud y la dotación hospitalaria**

En el Contrato Plan de la Nación con la Región Norte del Cauca, dentro de sus prioridades estratégicas se estableció el Desarrollo Social en el que se incluyen los sectores de educación, salud y atención integral. En este contexto, el Consejo Directivo del Contrato Plan con la Región Norte Cauca realizado el 10 de octubre de 2016, priorizó para su ejecución, el proyecto *“Construcción de la Planta Física para la Reubicación del Hospital de Mediana Complejidad Francisco de Paula Santander ESE – Santander de Quilichao – Departamento del Cauca”*.

La Resolución 6369 de diciembre de 2016, estableció que cuando el proyecto presentado por la Entidad Territorial dentro de sus fuentes cuente con cofinanciación de Contratos Plan, la asignación, el giro, la ejecución y seguimiento de los recursos, debe sujetarse a lo establecido en el Decreto 740 de 2016, o la norma que la modifique, adicione o sustituya. En el marco de lo señalado, para la ejecución del proyecto *“Construcción de Planta Física para la reubicación del Hospital de Mediana Complejidad Francisco de Paula Santander ESE – Santander de Quilichao – Departamento del Cauca”* se suscribió el contrato específico número 858 de 2016, entre el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento del Cauca, el Hospital Francisco de Paula Santander ESE por valor de \$35.689.170.941, que se financió con recursos del Presupuesto General de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social, del Sistema General de Regalías y del Presupuesto General de la Nación - DNP - Contratos Plan, con el siguiente detalle:

**Tabla No. 34. Fuente de financiación de recursos  
Contrato Específico 858 de 2016 en el marco del Contrato Plan con el Norte del Cauca**

FUENTE DE RECURSOS	VALOR	%
<b>Total</b>	<b>\$35.689.170.941</b>	<b>100</b>
Gobernación del Cauca – Fondo de Compensación Regional	\$12.060.168.381	33,8%
Departamento Nacional de Planeación - Contratos Plan	\$15.000.000.000	42,0%

FUENTE DE RECURSOS	VALOR	%
Ministerio de Salud y Protección Social - Proyecto de Inversión "Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional".	\$8.629.002.560	24,2%"

Fuente: Estudios previos del contrato 858 de 2016

Adicionalmente, se continua con el seguimiento a los recursos transferidos para la ejecución de proyectos orientados al mejoramiento de la capacidad instalada, a través de un sistema de seguimiento, a partir de variables críticas que dan cuenta del avance en la ejecución de cada uno de los proyectos, de tal manera que sea posible verificar que el uso de los recursos asignados a los proyectos viabilizados por el Ministerio, en las condiciones y términos aprobados.

A la fecha 2017, se encuentran en seguimiento los proyectos de 180 Empresas Sociales del Estado en 164 municipios de 25 entidades territoriales, por valor de \$196.892 millones.

### Formas funcionales de organización y gestión de servicios

En el marco de lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud (artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 y Resolución 429 de 2016), el Ministerio continuó con los desarrollos técnicos sobre formas funcionales de organización y gestión de los servicios de salud, en términos de brindar a la población un proceso de atención en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez. En tal sentido, prosiguió con el diseño de instrumentos y prestación de asistencia técnica para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto e Infantil, así como la elaboración de propuestas técnicas y normativas sobre el Prestador Primario de Salud y los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas.

#### 4.2 Redes integrales de prestadores de servicios de salud

Conforme con lo establecido en la Resolución 1441 de abril 21 de 2016, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS deben ser presentadas por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, para su habilitación por cada uno de los Departamentos o Distritos, en los cuales están autorizadas para operar.

Las RIPSS se deberán conformar y organizar con la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta de servicios, que permita la gestión de la atención en salud de la población afiliada a la EPS. Para la gestión del proceso de atención, las RIPSS estarán conformadas y organizadas por *componentes primarios* y *complementarios* de servicios de salud. Los primeros son los encargados de las acciones individuales y colectivas de fomento y autocuidado de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación básica; en tanto los complementarios, son los encargados de la atención de eventos de mayor complejidad, que requieren de elementos tecnológicos y personal especializado.

Para la implementación de lo dispuesto por la citada Resolución, durante el período, el Ministerio adelantó acciones tendientes a soportar dicho proceso, como la elaboración y publicación de instrumentos metodológicos, Manuales de Habilitación de las RIPSS para las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, y la Superintendencia Nacional de Salud. Así como la prestación de asistencia técnica para el ejercicio de las responsabilidades establecidas en dicha norma.

Con relación a instrumentos operativos, se ha venido trabajando en el diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, el cual es un aplicativo planificado en ambiente web, que tiene como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación de las RIPSS (entrada,

permanencia – incluyendo novedades, y renovación de ésta), así como las actuaciones de los agentes y de las entidades territoriales. Una vez dispuesto dicho Módulo a partir del segundo semestre de 2017, las EPS cuentan con un término de doce meses para su habilitación.

Así mismo, para disponer de mayor información para la estimación de la suficiencia y completitud de las RIPSS, se trabaja en las especificaciones y desarrollos técnicos de los componentes de talento humano en salud, infraestructura y de dotación del REPS.

### **Prestador Primario de Servicios de Salud**

Como forma de organización funcional para la gestión de la prestación de los servicios de salud del componente primario de las RIPSS y de apoyo a la gestión del riesgo en salud, se trabaja en los desarrollos conceptuales y operativos del Prestador de Servicios de Salud, para lo cual se elaboró el respectivo documento técnico, el cual ha sido objeto de discusiones al interior del Ministerio.

Así mismo, se elaboró una propuesta de Proyecto de Resolución “*Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud*”, los cuales se encuentran en proceso interno de discusión, revisión y ajuste, antes de proceder a socializar a los diferentes actores del sistema y continuar el proceso normativamente establecido para su expedición.

### **Unidades Funcionales de Atención de Cáncer Adultos e Infantil**

Con fin de brindar una atención integral y continua a los pacientes con esta patología, y en la aplicación de lo dispuesto por la Resolución 1477 de abril 22 de 2016, que establece el procedimiento, los estándares y criterios para la habilitación y permanencia de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto -UFCA y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil -UACAI, se realizaron acciones tendientes a su implementación, como el desarrollo del Módulo de Unidades Funcionales de Cáncer del REPS como soporte al proceso de habilitación de las mismas.

Así mismo, se diseñó un instrumento para la verificación previa de las Unidades Funcionales por parte del Ministerio, en el cual se determinó el alcance y la especificidad, para cada uno de los estándares y criterios definidos en la Resolución 1477 de 2016, instrumento que se encuentra publicado en la Página Web del Ministerio.

Para la implementación de la citada Resolución, el Ministerio también diseñó y ejecutó un plan de socialización y asistencia técnica (presencial y virtual) sobre su contenido y la gestión del Módulo de Unidades Funcionales de Cáncer, con los actores involucrados la habilitación de estas unidades funcionales, como el Ministerio de Salud y Protección Social, Entidades Promotoras de Salud, Entidades Territoriales, Superintendencia Nacional de Salud, Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, entre otros.

### **Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas**

Conforme a lo definido en la Ley 1392 de 2011, “*Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores*”, la cual preceptúa en el artículo 9 que “*El Ministerio de la Protección Social reglamentará la conformación de una red de centros de referencia para la atención de los pacientes que padezcan Enfermedades Huérfanas, en la cual participarán los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según sus competencias*”, se trabaja en su reglamentación.

Para lo anterior, se llevó a cabo un proceso de investigación, discusión y construcción de documentos técnicos, que soportan el Proyecto de Resolución *Por la cual se define el procedimiento, estándares y criterios para la habilitación de los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacias para la atención integral de las Enfermedades Huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de Centros de Referencia para la atención de Enfermedades Huérfanas*, para la adecuada atención en salud de pacientes que padezcan estas enfermedades.

El citado proyecto de Resolución está en proceso de revisión y ajuste, para lo cual se han realizado sesiones de trabajo con Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Asociaciones Científicas, Agremiaciones de Pacientes con Enfermedades Huérfanas, Superintendencia Nacional de Salud, entre otros.

#### 4.3 Sistema Único de Habilidadación

Se adelantaron acciones para monitorizar la gestión de autoevaluación por parte de los prestadores, requerida para la actualización de vigencia de la habilitación.

En la siguiente tabla se muestra una tendencia a la baja entre 2015 y 2017, de los prestadores inactivos por cuenta de la falta de dicho proceso, lo cual muestra un empoderamiento de la norma por parte de los prestadores de servicios de salud.

**Tabla No. 35. Prestadores Inactivos 2015 -2017**

Inactivos, proceso de autoevaluación de servicios	30 de enero de 2015	30 de enero de 2016	30 de enero de 2017
Prestadores	9.007	2.223	1.012
<b>Servicios</b>	<b>10.168</b>	<b>2.476</b>	<b>1.272</b>

Fuente: MSPS – Oficina de Calidad

Con relación a la habilitación de nuevos servicios de oncología, se realizaron visitas previas de verificación a 211 servicios nuevos de oncología registrados en REPS, en todo el país, en cumplimiento de Ley 1438 de 2011 *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”* y el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, *“Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”*. De estos nuevos servicios, el 90% correspondía a los grupos de consulta externa y quirúrgica, 8% a servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica – quimioterapia y 2% a servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica – medicina nuclear y radioterapia.

#### 4.4 Sistema Único de Acreditación

En el contexto de la implementación del Sistema Único de Acreditación del SOGC, se actualizó el *Manual de estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia*, a partir de las observaciones y recomendaciones de The International Organization Accreditations Standards. Con esta actualización se reforzó lo relacionado con la prevención y control de infecciones con un estándar específico para tal fin, se incluyeron criterios para que las instituciones prestadoras de servicios de salud implementen estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y familiares, se enfatizó en el “lavado de manos” con ampliación de criterios en los estándares de seguridad del paciente, se hace explícito la estandarización del proceso de identificación de necesidades de salud de todos los pacientes atendidos, entre otros.

Del mismo modo, se llevó a cabo la actualización de la versión “Outpatient and Hospital Accreditation Manual Colombia” a partir de las observaciones de ISQua, y se realizó el informe “Progress Report” ante ISQua’S International Organisation Accreditations Standards, en el cual se indican los avances y las inclusiones en el Outpatient and Hospital Accreditation Manual Colombia.

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 2.5.1.2.2 y 2.5.1.6.9 del Decreto 780 de 2016, - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y la Resolución 2082 de 2014, se expidió la Resolución 6055 de diciembre 6 de 2016, “Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud”. Para el inicio del funcionamiento de dicho Consejo Asesor, se designaron participantes adicionales a los representantes de las oficinas y direcciones de este Ministerio, descritos en el numeral 2 de la citada Resolución.

Se expidió la Resolución 346 de 2017, “Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud”, respecto al ICONTEC como entidad acreditadora a nivel nacional del Sistema Único de Acreditación en Salud, que cumple con los requisitos establecidos y cuenta con acreditación otorgada por la International Society for Quality in Healthcare – ISQua hasta enero de 2021, para organismos que realizan procesos de evaluación de instituciones de salud.

#### 4.5 Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, se expidió la Resolución 1175 de mayo de 2017, mediante la cual se determinó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial correspondiente a la vigencia 2017. Dicha categorización se comunica a las entidades territoriales de salud del orden municipal, departamental y distrital.

En desarrollo de acciones dirigidas al restablecimiento de la solidez económica y financiera en el marco del saneamiento de pasivos de las empresas sociales del Estado en intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se asignaron recursos por \$81.537,4 millones del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, previa solicitud por parte de dicha Superintendencia, así:

**Tabla No. 36. ESEs beneficiadas**

Acto Administrativo	Dpto.	Municipio	ESE	Valor Asignado	Valor Girado
Resol 3845 de 2016	Chocó	Quibdó	ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís	17.054.351.161	17.054.351.161
	Córdoba	Montería	ESE Hospital San Jerónimo de Montería	20.008.264.680	20.008.264.680
	Guainía	Inírida	ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo	7.089.109.871	7.089.109.871
	La Guajira	Maicao	ESE Hospital San José de Maicao	11.503.499.586	11.503.499.586
	Meta	Villavicencio	Hospital Departamental de Villavicencio	10.713.213.723	10.713.213.723
<b>Subtotal Resol 3845 de 2016</b>				<b>66.368.439.021</b>	<b>66.368.439.021</b>
Resol 6136 de 2016	Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta	5.333.835.991	5.333.835.991
	Vichada	Cumaribo	ESE Unidad Básica de Atención Ntra. Sra. del Carmen	1.500.100.060	1.500.100.060
Subtotal Resol 6136 de 2016				6.833.936.051	6.833.936.051
Resol 1179 de 2017	Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta	5.335.050.819	5.335.050.819
	Vichada	Cumaribo	ESE Unidad Básica de Atención Ntra. Sra. del Carmen	3.000.000.000	3.000.000.000
<b>Subtotal Resol 1179 de 2017</b>				<b>8.335.050.819</b>	<b>8.335.050.819</b>
<b>TOTALES</b>				<b>81.537.425.891</b>	<b>81.537.425.891</b>

De otra parte, conforme a lo dispuesto en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015), se adelanta el desarrollo de esquemas alternativos de operación para las Empresas Sociales del Estado - ESE, en términos de mejorar el acceso con calidad a los servicios de salud y solventar limitaciones en eficiencia y sostenibilidad de la red pública. Entre estos esquemas, algunos de los cuales demandan trámite legislativo, se encuentran: el ajuste al régimen laboral y empresarial de las ESE o la adopción de plantas temporales (Decreto 1376 de 2014), la modificación del mecanismo de nombramiento de gerentes, implementación de instrumentos de operación de las ESE, apoyados en esquemas de participación público – privada, regulación de los subsidios de oferta en condiciones de eficiencia, y formas de contratación por capitación, vinculadas al desempeño y resultados de salud.

Con respecto al ajuste al régimen laboral de las ESE, en desarrollo del Acuerdo de la Mesa de Negociación del Sector Salud, como producto del trabajo del Gobierno Nacional y Centrales Obreras, está para trámite el Proyecto de Ley 236 de 2017, -Senado, por el cual se otorgan facultades extraordinarias pro t mpore al presidente de la República para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial.

En lo atinente a la adopción de plantas temporales por las ESE, a diciembre 31 de 2016, según reporte al Sistema de Información Hospitalaria -SIHO, en 80 ESE, sus Juntas Directivas habian aprobado 4.781 cargos temporales, de los cuales 4.311 estaban provistos y 470 vacantes.

Sobre la modificación del mecanismo de nombramiento de gerentes, durante el período se expidieron las siguientes normas para tal fin: i) Decreto 052 de 2016, por el cual se reglamenta la reelección por evaluación de los gerentes, tomando en consideración la valoración satisfactoria del cumplimiento del plan de gestión, ii) la Circular Conjunta 100-01-2016, que dicta instrucciones para el concurso de méritos para selección de gerentes, iii) Ley 1797 de 2016, que en el artículo 20 regula el nombramiento de gerentes de las ESE del nivel territorial, por el Jefe de la Entidad Territorial y en el nivel nacional por el Presidente de la República. iv) Circular Conjunta 009 de 2016, con instrucciones para el nombramiento de gerentes de ESE del nivel territorial en aplicación de la Ley 1797 de 2016. v) Decreto 1427 de 2016, que señala el procedimiento para la evaluación de competencias de aspirantes a estos empleos, vi) Resolución 680 de 2016, del DAFP que señala las competencias que se deben demostrar para ocupar el empleo de gerente o director de ESE.

En aplicación de lo anterior, a 30 de abril de 2017, según reporte al Sistema de Información Hospitalaria – SIHO, 142 gerentes de ESE, habian sido elegidos por concurso de méritos, 162 reelegidos por evaluación de gestión (Decreto 052 de 2016) y 575 nombrados según el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

En cuanto a los mecanismos de operación que se apoyan en alianzas público privadas, en el mes de abril de 2017, se publicó en el portal web del Ministerio de Salud y Protección Social el documento con los lineamientos técnicos para las Asociaciones Público Privadas -APP en el Sector Salud, en el marco de lo dispuesto por las Leyes 1508 de 2012 y 1753 de 2015 y sus reglamentaciones correspondientes, tomando como algunos insumos, los productos de la *Consultoría para realizar un análisis sobre la aplicación del instrumento de asociaciones público privadas (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012, en el sector salud en Colombia, efectuar las propuestas técnicas, normativas y/o reglamentarias que permitan su implementación, e identificar dos proyectos pilotos*, realizada por el Departamento Nacional de Planeación y KPMG. El documento de lineamientos que precisa los aspectos a considerar en proyectos de salud a desarrollar bajo este esquema, puede ser consultado en el link <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Asociaciones-publico-privadas-salud.pdf>

En relación con la regulación de subsidios de oferta en condiciones de eficiencia, la Ley 1797 de julio 13 de 2016, en el artículo 2, reguló la modificación de la distribución del Sistema General de Participaciones para prestación de

servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta; artículo reglamentado mediante el Decreto 762 de mayo 12 de 2017.

Con el fin de fortalecer los procesos de planeación y gestión de la prestación de servicios de salud a nivel territorial, se ha continuado con la asistencia técnica en los procesos de planeación y gestión de la oferta pública de servicios de salud por parte de las entidades territoriales competentes para la respuesta adecuada a la demanda de servicios de salud, mediante la disposición de instrumentos y la asistencia técnica a las mismas para su implementación. Se destaca el acompañamiento en la implementación de los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado (ESE), para el mejoramiento del acceso y fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad (Leyes 715 de 2001 y 1450 de 2011).

Actualmente, se cuenta con aprobación y puesta en ejecución de los PTRRM en todos los departamentos y distritos. Es de resaltar que en el marco de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia del sector de salud al departamento de La Guajira, en mayo de 2017, se viabilizó el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE de este departamento y se formuló su plan de implementación.

#### 4.6 Telemedicina

De igual manera, como parte del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica, se promueve la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, como estrategia incluida en el Plan Nacional de Desarrollo y en la Política de Atención Integral de Salud, para solventar tales limitaciones.

En este contexto, según información consignada en el REPS, se resalta el incremento de las sedes de prestadores inscritos, lo mismo que de los servicios habilitados en esta modalidad lo que se puede evidenciar en la siguiente tabla, en la cual se observa que desde 2011, hay una tendencia al incremento, es así como en diciembre de 2016, respecto a diciembre de 2015, hubo un crecimiento de 14.6%, en las sedes de prestadores de servicios de salud y de 12,1% en servicios.

**Tabla No. 37. Prestadores inactivos 2015 -2017**  
**Sedes de prestadores de salud inscritos y servicios de telemedicina 2012-2016**

Año	2012		2013		2014		2015		2016	
Naturaleza Jurídica	Sedes	Servicios								
Publica	189	1.043	213	1.229	205	1.007	234	1.495	243	1.531
Privada	312	839	346	824	473	1.141	489	1.419	589	1.792
Mixta	1	1	5	26	7	36	10	87	8	41
Total	502	1.883	564	2.079	685	2.184	733	3.001	840	3.364

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS Corte abril de 2017

De acuerdo con lo reportado en el REPS a 30 de abril de 2017, el país cuenta con 834 sedes de prestadores inscritos y 3.305 servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, ubicados en 302 municipios de 32 departamentos y Distrito Capital, en la Tabla siguiente se puede apreciar su composición por tipo de prestador y naturaleza jurídica.

**Tabla No. 38. Prestadores de salud inscritos y servicios de telemedicina 2017**

Naturaleza jurídica	Centro de referencia		Prestador remitir		Total puntos de atención	Total servicios
	Puntos de atención	Servicios	Puntos de atención	Servicios		

Público	38	174	216	1.345	241	1.489
Privado	268	810	361	1.065	585	1.778
Mixta	7	28	1	10	8	38
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>1.012</b>	<b>578</b>	<b>2420</b>	<b>834</b>	<b>3.305</b>

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS Corte abril de 2017

Al analizar la información anterior, 241 sedes de atención son prestadores públicos ubicados en 192 municipios de 24 departamentos y en el Distrito Capital. Las sedes de prestadores públicos corresponden al 29% de las sedes inscritas con servicios de telemedicina con el 45% de los servicios habilitados bajo esta modalidad. Para el período, sigue el aumento de los prestadores privados que ofertan servicios de salud bajo esta modalidad.

Actúan simultáneamente como prestador remitidor y centro de referencia, 57 sedes de prestadores con 127 servicios habilitados. Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá D.C, Cundinamarca y Santander, concentran el 52% de las sedes inscritas y el 50% de los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina.

#### 4.7 Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud

En el periodo en mención, la Oficina de Calidad ha venido avanzando en el proceso de implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad-PNMCS 2017-2021<sup>4</sup>, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 107 de la Ley 1438 de 2011. Este plan propone mejorar y preservar el estado de salud de la población, mediante la excelencia de la gestión y la articulación de los agentes del Sistema de Salud, para lo cual adopta el principio orientador de la humanización como punto de partida y reconoce en la seguridad, coordinación y transparencia las directrices de calidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los objetivos específicos del PNMCS, se orientan, por un lado, a promover ajustes normativos en materia de calidad que fomenten el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica, en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Política de Atención Integral y el Modelo Integral de Atención (MIAS) y, por otro lado, exponen la importancia del desarrollo de habilidades y capacidades para el talento humano en salud, especialmente en temas de humanización y gestión de organizaciones, con el fin de fomentar la excelencia e innovación en el sistema. A su vez, reconocen la necesidad de gestionar el conocimiento con un enfoque de aprendizaje colaborativo para orientar la toma de decisiones y la definición de políticas en materia de calidad y humanización. De igual modo, buscan empoderar a las personas mediante procesos de capacitación, información y rendición de cuentas, para mejorar su comprensión, participación y experiencia con el Sistema de Salud.

Dentro de los principales logros en la fase inicial de implementación del PNMCS, en este periodo se encuentran los siguientes:

- Estrategia de fortalecimiento de la rectoría en materia de calidad, con la expedición de la Resolución 6055 de 2016, a partir de la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Estrategia de aprendizaje colaborativo para la articulación de los agentes del sistema, bajo la cual se iniciaron dos pruebas piloto orientadas al mejoramiento de la atención materno infantil y la atención de los niños con Leucemia. Como producto de estas pruebas piloto se elaboró la cartilla titulada: *Travesías por los mundos de la Leucemia Infantil: un laboratorio de mediaciones*, en la cual se muestran los entrecruzamientos generados por los distintos agentes del sistema de salud y sus actuaciones, evidenciando su capacidad

<sup>4</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social & . (2016) . Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

colaborativa frente a la atención de los niños con Leucemia. (Ministerio de Salud y Protección Social, Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt, 2017)

- Estrategia de construcción participativa de la política de humanización y el establecimiento de alianzas estratégicas con las entidades educativas a partir de las cuales se ha realizado el fortalecimiento de la red funcional de humanización y sus nodos regionales, quienes se encuentran desarrollando los lineamientos de la política de humanización para el sector.

De acuerdo con lo anterior, para la vigencia objeto de este informe, en el proceso de divulgación e implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, han participado cerca de 9.400 personas y se ha realizado asistencia técnica en más de 24 departamentos.

### Sistema de información para la Calidad

En coherencia con las estrategias establecidas en el PNMCS, se ha venido adelantando el proceso de implementación del Sistema de Información para la Calidad – SIC, de conformidad con lo establecido en la resolución 256 de 2016. En este mismo sentido, dentro del mismo proceso establecido en el PNMCS, se ha realizado asistencia técnica y capacitación dirigida a diversos actores del Sistema tales como: Entidades Territoriales en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Con el propósito de facilitar el proceso de reporte, análisis de la información y definición de acciones de mejora, se elaboró y publicó el documento técnico, *Gestión del mejoramiento continuo de la calidad: orientaciones técnicas para la gestión de los resultados producto de este monitoreo*<sup>5</sup>, a partir de las cuales se espera contribuir con el mejoramiento continuo de la calidad y orientar los cierres de brechas al logro de los resultados en salud, al fortalecimiento de la gestión del riesgo, a una atención más segura y a mejores experiencias en el proceso de atención.

Para el primer semestre 2017, se publicaron los primeros resultados de los indicadores del SIC, a través de una salida de información dispuesta en la página del Observatorio de Calidad de la atención en salud<sup>6</sup>. Estas salidas prediseñadas pueden ser consultadas en tiempo real y ofrecen los resultados nacionales, departamentales y municipales de todos los indicadores definidos para el monitoreo de la calidad; constituyéndose lo anterior en un hito de suma importancia para la toma de decisiones y gestión del conocimiento alrededor del mejoramiento de la calidad en salud. Lo anterior permitirá en un corto plazo, la definición de líneas de base país y el establecimiento de estándares de calidad.

### 4.8 Sistema de Evaluación de Actores

#### Gráfico No. 28. Sistema de Evaluación y Calificación de Actores

<sup>5</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad & (2016) Gestión del mejoramiento continuo de la calidad: Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad . Documento técnico No.1; Plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud; Documento técnico No.1; . 81 p. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>

<sup>6</sup> [calidadensalud.minsalud.gov.co/](http://calidadensalud.minsalud.gov.co/)



Fuente: MSPS - Oficina de Calidad

En cumplimiento al Artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, la Oficina de Calidad elaboró y publicó el informe del Sistema de Evaluación de Actores –SEA, difusión de indicadores<sup>7</sup>. Cabe resaltar que este sistema está compuesto por un conjunto de publicaciones periódicas como los rankings, la divulgación de indicadores, el Informe Nacional de Calidad en Salud (INCAS); y el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud, algunas de estas con periodicidad anual, otras con periodicidad menor y otras con actualización permanente.

El informe del SEA, es un visor en el que el usuario puede navegar sobre los principales indicadores de EPS, IPS y DTS; para los indicadores con meta, permite observar si la entidad cumplió con la misma. Para la elección de estos indicadores se priorizó aquellos: (i) pertenecientes al Sistema de Información para la Calidad, (ii) con buena calidad del dato, y que tengan (iii) meta o estándar internacional. Así mismo, en este visor se presentan los indicadores utilizados en otras publicaciones del SEA como el Ranking de Satisfacción y el Ranking de Desempeño; de tal manera que en el visor se presentan gráficamente los indicadores mientras que en las otras publicaciones se presenta su respectivo análisis.

<sup>7</sup> Documento disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistemevaluacion-califactorsestdifusion-indicadores2017.pdf>

Del mismo modo se elaboró el documento SEA Ranking de Satisfacción EPS 2016<sup>8</sup>. Este artículo midió el desempeño de las EPS en 2016, utilizando una batería de 44 indicadores de satisfacción del usuario provenientes de la *Encuesta de Evaluación de Servicios de las EPS 2016*. Estos indicadores se agruparon en tres dimensiones: Oportunidad con 20 indicadores; Satisfacción, 16 y Acceso, 8. Los resultados del ranking son los siguientes.

En lo que concierne al Régimen Contributivo las tres mejores EPS fueron: EPS Suramericana S.A, seguido por Sanitas S.A. y Aliansalud E.P.S S.A. Con respecto al Régimen Subsidiado, las tres mejores fueron: Coosalud EPS; Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS; y Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR. Finalmente, en las EPS indígenas la mejor fue la Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira "Dusakawi A.R.S.I".

### Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS

Se realizó la aplicación de la Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado. Para este proceso se realizó la revisión y ajuste del diseño técnico, con el propósito de hacer los datos comparables con mediciones anteriores. Por lo que la encuesta además de ser representativa por régimen (contributivo y subsidiado), y por EPS, es representativa para cada uno de los 32 departamentos del país y el Distrito Capital<sup>9</sup>.

Esta es una muestra representativa a nivel nacional de los usuarios de cada EPS y régimen, permitiendo medir el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, acerca de la calidad y oportunidad de los servicios a lo largo de la cadena de prestación: afiliación, acceso, prestación de los servicios de salud y el resultado del proceso en su estado de salud.

Durante los tres primeros años la encuesta se realizó a una población objetivo de usuarios mayores de 18 años que utilizaron los servicios de las EPS en los últimos 6 meses, pero a partir del año 2015, con el fin de seguir fortaleciendo la medición a la población general, se incluyó dentro de la encuesta de percepción a los menores de edad, llegando de este modo a todos los niveles socio-económicos y habitantes de zonas urbanas o rurales, que usaron los servicios de salud que les presta la EPS a la cual están afiliados en los 6 meses previos a la aplicación de la encuesta.

Del mismo modo se hicieron ajustes en la muestra, donde se pudo llegar a municipios de todas las categorías para un total de 95 visitados, de los cuales, 40 municipios de categoría 6; 32 municipios de inclusión forzosa que son las capitales de departamento y 23 municipios corresponden a categoría de la 2 a la 5.

Los siguientes son algunos resultados que reflejan la percepción en general de los usuarios: El 72.9% de los encuestados indica que la experiencia global que ha recibido de la EPS es buena o muy buena. La Solución dada por la EPS a la necesidad de Salud fue calificada como buena o muy buena con un 74.9%. El 5.8% de los encuestados indica que la EPS le ha negado los servicios. El 59% de los encuestados indica que fue fácil o muy fácil la comunicación sobre los servicios que presta su EPS. En Caso de gravedad, el 23.9% definitivamente sí accedería a tiempo a los servicios de salud de su EPS y un 62.2% probablemente sí accedería a tiempo a los servicios de salud. Un 72.4% de las personas considera que su estado de salud es buena o muy buena.

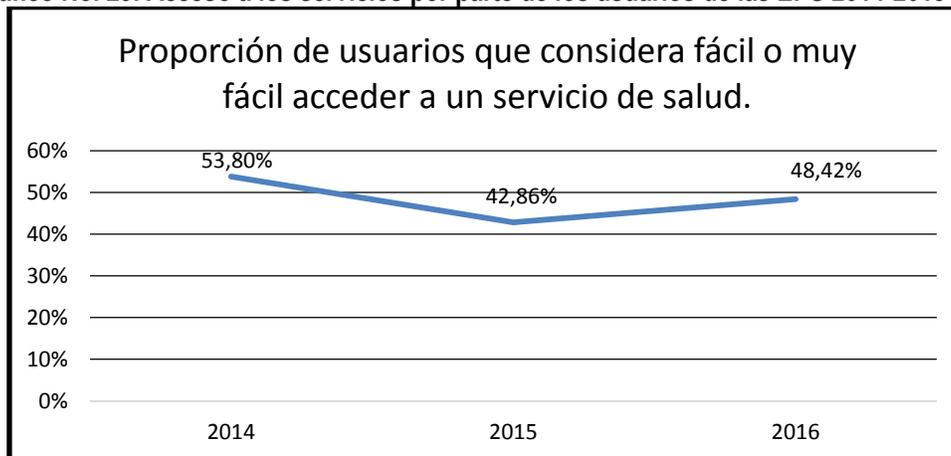
En lo relacionado con el acceso, la encuesta contiene la siguiente pregunta: ***En general en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue: muy fácil, fácil, ni fácil ni difícil, difícil o muy difícil.***

<sup>8</sup> Documento disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-calificacion-actores-ranking-eps-2016.pdf>

<sup>9</sup> <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/EncuestadeCalidaddeEPS.aspx>.

Para el 2015, se observa que el 42% de los usuarios respondieron favorablemente, indicando que fue fácil y muy fácil el acceso a los servicios de salud de su EPS. Con respecto al resultado del 2016, se observa un aumento del 6% en el porcentaje de usuario que respondió que el acceso fue fácil o muy fácil.

**Gráfico No. 29. Acceso a los servicios por parte de los usuarios de las EPS 2014-2015-2016**



Fuente: Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado año 2016 / Min Salud

Este indicador es sensible a las problemáticas tanto de este como de otros sectores y no exclusivamente a las políticas de salud que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Temas como el acceso geográfico y flexibilidades laborales son ejemplos de lo anterior.

Se debe aclarar, que la percepción se ve impactada por la experiencia de la atención, ya existen diferentes factores que pueden influir en la misma. Algunos de los factores pueden ser: los protocolos internos en los prestadores de salud, la seguridad de la atención, la humanización de la atención, entre otros. Sin embargo, de manera general, los análisis de los datos del Sistema de información para la calidad y otros como el estudio de tutelas en salud, evidencian que la coyuntura en el 2016, alrededor Cafesalud, impactó el resultado de este indicador significativamente, puesto que cubre más del 10% de la población afiliada a las EPS.

#### 4.9 Guías de Práctica Clínica

En los últimos años con la elaboración de la Guía Metodológica para elaborar guías con evaluación económica (GM) se ha alcanzado óptimos estándares metodológicos y un fortalecimiento del capital humano con el que cuenta el país para el desarrollo de GPC. Situación que ha llevado a un reconocimiento nacional e internacional, reflejado en el interés de otros países en adaptar las guías del Ministerio.

Sin embargo, conscientes de la importancia de definir métodos para orientar a prestadores de salud, entidades territoriales y entes gubernamentales, academia, sociedades científicas y grupos desarrolladores; hoy en día avanzamos en elaboración de guías metodológicas para desarrollar guías en Salud Pública, actualización, adaptación, monitorización de adherencia y manual para la generación de evidencia orientada a informar la exclusión de tecnologías del plan de beneficios en salud y la conformación de grupos farmacoterapéuticos en el desarrollo de guías de práctica clínica.

Por otra parte, respondiendo a requerimientos de la Corte Constitucional y a necesidades priorizadas en las rutas de atención integral en salud, se gestionó la adaptación de 8 guías de práctica clínica que abordan enfermedades

Infecciosas, salud mental, enfermedades crónicas y cuidado paliativo. Asimismo, se adelantó la actualización de cuatro (4) GPC publicadas en el 2013, garantizando su vigencia a la luz de nueva evidencia científica.

Con el objeto de seguir apoyando la implementación de las GPC, se elaboraron y publicaron los contenidos de guías de práctica clínica a través de aplicaciones *guideVue*, plataforma elaborada para la NASA, que incorpora formatos diseñados para la entrega estructurada y multimodal de guías de práctica clínica, presentándose simultáneamente en voz, texto, imágenes, video o animaciones las instrucciones o recomendaciones clínicas, lo cual favorece la consulta en medios electrónicos, con o sin conexión a internet y están dirigidas a pacientes y profesionales.

De igual importancia, se está trabajado en disponer las recomendaciones de las guías en datos abiertos, sistema que permite disponer los datos públicos que genera el gobierno, en formatos web y bajo un marco normativo que faciliten su acceso, entendimiento, utilización y distribución por parte de cualquier persona y para cualquier fin.

En conclusión, hoy en día el país cuenta con sesenta (60) GPC finalizadas y publicadas de las cuales 49 temáticas, disponen de herramientas de implementación como aplicaciones *guideVue*, algoritmos dinámicos, hojas de evidencia, recomendaciones trazadoras, análisis de impacto presupuestal, disponibles en el portal de GPC<sup>10</sup>

#### 4.10 Apoyo a la implementación y desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud

**Enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria:** Este es uno de los elementos estratégicos del MIAS. El Ministerio ha definido lineamientos tanto para el componente primario y el prestador primario de las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS), como para la conformación de equipos multidisciplinares en salud (EMS). Se destacan las siguientes actividades complementarias:

- Asistencia técnica a las Instituciones de Educación Superior para el desarrollo de programas de especialización en medicina familiar y salud familiar y comunitaria y elaboración de conceptos de pertinencia sobre estos programas de especialización; basados en el respectivo programa único nacional.
- Publicación del documento “*Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitaria del modelo integral de atención en salud*”, insumo de la Sala Temática de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria del Observatorio de Talento Humano en Salud. En este mismo espacio se incorporaron indicadores sobre el tema.
- Apoyo al proyecto “Fondo Educativo Departamental para la Educación Superior”, en Guainía, para la formación de cinco (5) especialistas en medicina familiar.
- Trabajo conjunto con la OPS para desarrollo de Educación Interprofesional en el área de la salud, con énfasis en salud familiar y comunitaria. Aportes de Comité de salud y medicina familiar y comunitaria, organismo asesor en Consejo Nacional de Talento Humano en Salud para guiar procesos educativos.

**Lineamiento para conformación y gestión de equipos multidisciplinares de salud – EMS:** Se construyó una de lineamientos conformarlos en el marco del componente primario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), con referenciación comparativa documental en sistemas de salud latinoamericanos y grupo focal con Subredes integradas de servicios de salud de Bogotá, red pública de prestadores y un asegurador del Cauca.

Se aportaron observaciones y precisiones relacionadas con la definición de los perfiles responsables de las acciones indicadas en cada grupo de intervenciones para las Rutas Integrales de Atención en Salud.

---

<sup>10</sup> [gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co).

**Talento humano para los pueblos indígenas:** En el marco del SISPI, se ajustó la propuesta para el desarrollo del talento humano y los agentes en salud de los pueblos indígenas, bajo participación, concertación y trabajo intersectorial. Actualmente se desarrolla planeación y gestión para la formación técnica y complementaria con enfoque intercultural del Talento Humano en Salud de los pueblos indígenas, de acuerdo la situación de salud y el modelo de cuidado de la salud de cada uno de ellos.

Se adelantaron acciones con las entidades territoriales en los siguientes departamentos y pueblos indígenas: a) Huila: pueblos indígenas Nam Misak, Yanakunas y Pijaos de Neiva, Pitalito y La Plata; b) Cesar: Pueblos indígena Yuckpa y Wiwa; c) La Guajira: Parteras Tradicional Wayuu del municipio de Manaure. d) Chocó: Pueblo indígena Emberá Katío del municipio de Bagadó, y cuatro pueblos indígenas del departamento; e) Córdoba: Pueblo Emberá Katío, del municipio de Tierralta; f) Cauca: Pueblos indígenas Tororez del municipio de Totoró, pueblo Misak del municipio de Silvia, pueblo Coconuco del municipio del Tambo, pueblo Nasa de Toribío; g) Vichada: Pueblos indígenas del municipio de Cumaribo; h) Meta: Pueblos indígenas del municipio de Puerto Gaitán; h) Casanare y Guaviare: Pueblos indígenas de cada Departamento.

#### 4.11 Fortalecimiento de la calidad y pertinencia de la formación del talento humano en salud

Con el fin de garantizar la coherencia de los procesos de formación con las necesidades de la población y los servicios de salud, se documentó la guía denominada “*Alcance y criterios del análisis de pertinencia de los programas de educación superior del área de la salud*”. Con base en estos criterios se evaluó la pertinencia de 79 programas académicos para formación de profesionales y especialistas de la salud. (Entre mayo 2014 y el mayo 2017, se ha concepuado la pertinencia de 331 programas académicos)

El Ministerio, a través de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, también participó en el proceso de evaluación de la relación docencia servicio y escenarios de práctica formativa de los programas de formación de auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas del área de la salud. Como resultado, la Comisión emitió conceptos sobre la relación docencia servicios para 123 programas y 587 escenarios de prácticas de educación superior y 282 programas de formación de auxiliares de la salud, mecánica dental y cosmetología y estética integral.

De otro lado, se otorgó el reconocimiento como Hospital Universitario al Hospital General de Medellín, condición que lo acredita como uno de los diez establecimientos de excelencia en los procesos de investigación, docencia y prestación de servicios de servicios de salud.

Mediante el convenio 415 de 2016, celebrado entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD y el Ministerio, se ejecutó el piloto del Marco Nacional de Cualificaciones en el Sector Salud, en el cual se desarrollaron seis etapas con las cualificaciones del sector para definir referentes comunes necesarios en la formación y desempeño del Talento Humano.

De otro lado, en colaboración con la Academia Nacional de Medicina se propiciaron espacios para analizar de manera prospectiva el impacto en el futuro de las profesiones de la salud, de temas que marcan tendencia como: Genética y Genómica, Tecnologías en Salud, Medicina Alternativa y Complementaria, Ética y Bioética, Salud Mental y Humanización. Además, se realizaron actividades de difusión de los perfiles y competencias de las 12 profesiones de la salud en diferentes regiones del país.

En relación con el desarrollo de la formación continua del talento humano en salud, se avanzó en lo siguiente:

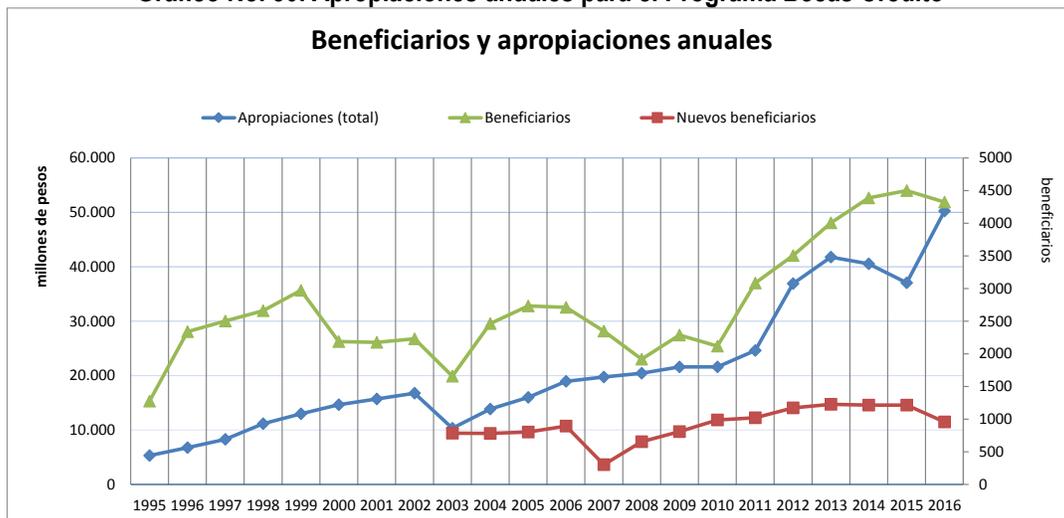
- Realización de mesas técnicas para construcción de fichas técnicas de certificados de formación en: sedación fuera de salas de cirugía, cuidados paliativos, soporte vital básico y avanzado, modelo integral de atención en salud y gestión operativa de la donación.
- Trabajo conjunto con el Ministerio de Educación Nacional sobre el proyecto de resolución “Por la cual se definen los lineamientos para los certificados de formación requeridos en la habilitación de servicios de salud”.
- Presentación de un proyecto de resolución “Por la cual se definen los lineamientos para los certificados de formación requeridos en la habilitación de servicios de salud”; consulta pública y evaluación interna.
- Propuesta sobre formación continua necesaria para la implementación del MIAS.

#### 4.12 Fortalecimiento de las profesiones y mejoramiento de las condiciones de ejercicio y desempeño

**Becas crédito para formación de especialistas del área de la salud:** Mediante el programa de Becas Crédito, que se desarrolla en convenio con el Icetex desde 1995, se continuó apoyando la formación de especialistas en las áreas clínicas y quirúrgicas de mayor prioridad para atender la salud de la población colombiana. El Ministerio gestionó recursos para financiar el ingreso de 978 nuevos beneficiarios al programa en 2016 y garantizar la continuidad de los beneficiarios que ingresaron al Programa en años anteriores.

Desde 1995 a 2016 se han apropiado \$465.055 millones al programa Becas Crédito, lo que ha permitido otorgar esta beca a más de 18 mil residentes, como se puede observar en el siguiente gráfico.

**Gráfico No. 30. Apropiaciones anuales para el Programa Becas Crédito**



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

Dado que el Ministerio de Educación Nacional ha venido disminuyendo progresivamente sus aportes al Programa, para 2017, la Ley del Presupuesto 2017, ordenó trasladar del Fondo de Investigaciones en Salud FIS de Colciencias al Fondo de Becas Crédito, hasta el 40% de sus recursos presupuestales, traslado sujeto a negociación y al crecimiento real de los recursos del FIS, con respecto a la vigencia anterior, situación que genera incertidumbre frente a la financiación del programa en la vigencia 2018.

**Colegios profesionales:** Se hizo la delegación de funciones públicas en el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica y El Colegio Federación de Optómetras, con lo cual ya son ocho las profesiones que cuentan con este

mecanismo establecido en la Ley 1164 de 2007<sup>11</sup>, considerando que previamente la había obtenido las profesiones de Química Farmacéutica, Bacteriología, Fisioterapia, Medicina, Enfermería y Fonoaudiología, quedando pendientes las profesiones de Odontología, Nutrición y Dietética, Terapia Respiratoria y Terapia Ocupacional.

Se han realizado visitas técnicas de inspección, vigilancia y control a los colegios delegatarios de las funciones públicas, con la suscripción de compromisos para mejorar el servicio a los diferentes profesionales.

**Servicio Social Obligatorio:** Entre junio 2016 a mayo de 2017, se realizaron cuatro procesos de asignación de plazas de servicio social obligatorio que buscan dar respuesta a necesidades de atención de salud de poblaciones deprimidas y regiones apartadas, logrando la provisión de 4.929 plazas, así: 3.347 de medicina; 474 de odontología; 778 de enfermería y 330 de bacteriología.

**Tabla No. 39. Plazas de servicio social por programa**

Servicio Social Obligatorio	Medicina	Odontología	Enfermería	Bacteriología
Profesionales Inscritos	5.009	3.051	4.404	1.129
Plazas Asignadas	3.347	474	778	330
% asignación de profesionales	67%	16%	18%	29%
Profesionales sin plaza asignada	1.662	2.577	3.626	799

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social

Se observa un desbalance importante entre el número de plazas de las profesionales de bacteriología, enfermería y odontología, con respecto al número de profesionales que se inscriben a los procesos, lo que implica menos del 30% de éstos resultan con un plaza asignada, lo cual puede obedecer a que existe una oferta adecuada de estas profesiones de la salud en todo el territorio nacional y las instituciones no necesitan recurrir a la figura del Servicio Social Obligatorio, para vincular y retener el talento humano requerido para atender a la demanda de servicios de la población.

Con el fin de apoyar la formalización y el mejoramiento de las condiciones del ejercicio profesional, se continúa exigiendo la vinculación de estos profesionales a través de contrato legal y reglamentario para instituciones públicas o contrato laboral formal en entidades privadas.

**Tribunales Nacionales de Ética:** Conforme a lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, se gestionaron los recursos para el funcionamiento de los Tribunales Nacionales de Ética de Medicina, Odontología y Enfermería, por un monto \$1.345,3 millones distribuidos así:

**Tabla No. 40. Recursos asignados a tribunales de ética**

Tribunal	Aporte Ministerio 2016
Tribunal Nacional de Ética Médica	\$748.526.272
Tribunal Nacional de Ética Odontológica	\$339.340.164
Tribunal Nacional Ético de Enfermería	\$257.450.600
<b>Total</b>	<b>\$1.345.317.036</b>

Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social

<sup>11</sup> Las funciones delegadas son: i) inscripción de los profesionales en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, ii) expedición de la tarjeta profesional y iii) expedición de los permisos transitorios para los profesionales extranjeros que vengan al país en misiones científicas o para prestar servicios de salud de carácter humanitario, social o investigativo.

A las Direcciones Departamentales y Distrital de Salud se remitieron 56 extractos de fallos proferidos por los Tribunales Nacionales y seccionales de Ética, así: 34 profesionales en medicina, 20 de Odontología, 1 en Psicología y 1 en optometría sancionados durante el periodo. (Fallos debidamente ejecutoriados).

**Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud ReTHUS:** Este registro es una herramienta estrategia para la implementación de la Ley Estatutaria de la Salud y el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud. A marzo de 2017, el ReTHUS consolidó más de 853.000 registros y 983.000 datos académicos, originados en los reportes de los Colegios Profesionales con funciones públicas delegadas y entidades territoriales de salud.

Este registro se integró a la bodega de datos del Sistema Integral Información de la Seguridad y Protección Social – SISPRO, como instrumento articulador para la planificación, seguimiento y evaluación del Talento Humano en Salud y la prestación de servicios. Igualmente, este instrumento ha sido base para el desarrollo del aplicativo que actualmente opera para que los profesionales puedan prescribir medicamentos o tratamientos que se encuentran fuera del POS, utilizando el aplicativo MIPRES.

Las entidades territoriales han avanzado en el reporte de autorizaciones del ejercicio, logrando un 80% de información histórica y un 78% de la información periódica. Bolívar, Córdoba y Amazonas aún no han reportado o lo han realizado parcialmente.

El ReTHUS se encuentra dispuesto para la consulta electrónica desde las entidades territoriales, Colegios y otros actores.

**Observatorio de Talento Humano en Salud:** Con el propósito de obtener información para la planeación del talento humano en salud, que responda a las necesidades de prestación de servicios a la población, se avanzó en la construcción de dos documentos de análisis técnicos sobre:

- Aproximaciones al pronóstico de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 - 2030.
- Distribución de profesionales de la salud en los Departamentos y el Distrito Capital, 2011 al 2016.

El sitio web del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), se modernizado haciéndolo más amigable y contiene documentos técnicos dispuestos para consulta. Actualmente cuenta con cerca de 200 visitas. se presentaron solicitudes de profesionales especializados en el exterior para exoneración de la prestación del servicio, aprobándose a 17 y negándose a 14 profesionales de la salud.

#### 4.13 Prevención y atención de emergencias y desastres

Colombia por su posición geográfica, condiciones ambientales y sociales, está expuesto a un panorama importante de amenazas que hacen que el país sea proclive a ser afectado por situaciones de emergencia o desastre. En este orden de ideas, eventos naturales tales como, fenómenos climáticos, sísmicos, volcánicos y los asociados a la actividad humana, como los accidentes tecnológicos, el conflicto armado, las movilizaciones sociales, entre otros, se constituyen en generadores de riesgo para la salud de las comunidades afectadas.

El sector salud debe estar preparado para atender estos eventos de emergencia o desastre en todos los niveles de administración pública. Así las cosas, el objetivo general de la gestión sectorial en el tema es mejorar la capacidad de respuesta institucional y de todas las entidades del sector de manera que se puedan atender adecuadamente las responsabilidades del sector salud en el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo.

Respondiendo a lo estipulado en la legislación vigente esta oficina 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 de funcionamiento dispuestos para el fortalecimiento sectorial

Programa Atención Emergencias Sanitarias (3-2-5-7-10). En la vigencia 2016, se asignaron recursos por 1.159 millones de pesos con el fin de fortalecer las siguientes actividades:

- Se realizaron transferencias por valor de 420 millones de pesos para el fortalecimiento de los Centros Reguladores Urgencias y Emergencias, con el fin 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 las personas afectadas por urgencias, emergencias y desastres.

**Tabla No. 41 Fortalecimiento Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias**

VIGENCIA	FORTALECIMIENTO	VALOR
2016	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena	\$ 60.000.000
	Secretaría de Salud del Atlántico	\$ 60.000.000
	Secretaría de Desarrollo de Salud de Magdalena	\$ 60.000.000
	Secretaría de Salud Departamental de Risaralda	\$ 60.000.000
	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	\$ 60.000.000
	Instituto Departamental de Salud de Nariño	\$ 60.000.000
	Dirección Territorial de Salud de Caldas	\$ 60.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$420.000.000</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

- Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva, Centro Nacional de Comunicaciones, Transporte y evacuación de emergencias.

Con el fin de apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realizó 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. Para la vigencia 2017, se tienen dispuestos recursos por valor de 1.205 millones de pesos según Decreto 2170 de 2016.

**Tabla No. 42 Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva**

VIGENCIA	FORTALECIMIENTO	VALOR
2016	Centro Nacional de Reserva	\$ 513.439.000,00
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 111.563.747,00
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 42.703.321,00
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 667.706.068,00</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

Plan Nacional de Salud Rural (rubro 3-2-5-5-10). 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 2016, se realizó una apropiación por valor de 10.407 millones de pesos, con los que se apoyaron setenta y cinco (75) proyectos en igual número de instituciones de salud del país.

**Tabla No. 43 Plan Nacional de Salud Rural 2016**

DEPARTAMENTO / DISTRITO	TIPOS DE PROYECTO						Inversión Total
	Apoyo Infraestructura en Salud	Dotación de equipos médicos	Otros (CRUE, Planta eléctrica, vehículo extramural)	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Unidad Médica Odontológica	Total de proyectos apoyados	
Antioquia			466.268.000	150.000.000	140.000.000	8	756.268.000,00
Arauca			173.134.000			1	173.134.000,00
Bolívar				80.000.000		1	80.000.000,00
Boyacá	822.930.706			200.000.000	290.000.000	5	1.312.930.706,00
Cauca			259.701.000			3	259.701.000,00
Caquetá			259.701.000		180.000.000	4	439.701.000,00
Cesar			86.567.000			1	86.567.000,00
Córdoba			86.567.000	240.000.000	140.000.000	5	466.567.000,00
Choco			186.567.000	319.000.000		4	505.567.000,00
Guaviare			346.268.000			4	346.268.000,00
Huila				480.000.000		6	480.000.000,00
La Guajira			86.567.000	80.000.000		2	166.567.000,00
Magdalena		100.000.000		70.000.000		2	170.000.000,00
Meta			346.268.000			4	346.268.000,00
Nariño			173.134.000	160.401.109	180.000.000	5	513.535.109,00
Norte de Santander		300.000.000	86.567.000	390.000.000	200.000.000	6	976.567.000,00
Putumayo			86.567.000			1	86.567.000,00
Quindío					180.000.000	1	180.000.000,00
Risaralda	1.951.655.185			80.000.000		2	2.031.655.185,00
Santander				80.000.000		1	80.000.000,00
Tolima			173.134.000	120.000.000		3	293.134.000,00
Valle del Cauca			210.000.000	220.000.000		4	430.000.000,00
Vaupés			140.000.000			1	140.000.000,00
Vichada			86.567.000			1	86.567.000,00
<b>Total</b>						<b>75</b>	<b>10.407.564.000,00</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

Para la vigencia 2017, se disponen recursos por valor de 10.823 millones de pesos, con el fin de apoyar las instituciones de salud del país, Entidades Territoriales y E.S.E.

Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud (Rubro 3-2-5-1-10). 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 2016, se realizó una apropiación por valor \$ 13.424 millones y en el mes de diciembre se adicionaron \$35.000 millones de pesos con los cuales se apoyaron 145 proyectos de diferentes Entidades Territoriales e IPS del país. Para el año 2017, se disponen recursos por valor de 13.961 millones de pesos, con el fin de apoyar las instituciones de salud del país, Entidades Territoriales y E.S.E.

**Tabla No. 44 Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud 2016**

DEPARTAMENTO/ DISTRITO	TIPOS DE PROYECTO						
	Apoyo Infraestructura en Salud	Dotación de equipos médicos	Otros (CRUE, Planta eléctrica, vehículo extramural, PAI)	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Unidad Médica Odontológica	Total de proyectos apoyados	Inversión Total
Antioquia		43.000.000	140.000.000	900.000.000		13	1.163.000.000,00
Arauca			80.000.000			1	80.000.000,00
Atlántico		1.334.458.135				1	1.334.458.135,00
Barranquilla D.E.		140.000.000				1	140.000.000,00
Buenaventura D.E.	550.000.000			120.000.000	200.000.000	3	870.000.000,00
Bolívar	5.250.700.000		1.000.000.000	2.495.000.000	171.000.000	28	8.916.700.000,00
Boyacá				200.000.000		2	200.000.000,00
Cauca				80.000.000		1	80.000.000,00
Caldas	900.000.000				468.000.000	2	1.368.000.000,00
Caquetá		1.246.000.000				1	1.246.000.000,00
Casanare			90.000.000			1	90.000.000,00
Cesar			110.000.000	320.000.000	180.000.000	6	610.000.000,00
Choco			2.061.601.000	386.000.000	180.000.000	6	2.627.601.000,00
Córdoba		1.065.000.000		100.000.000	460.000.000	4	1.625.000.000,00
Cundinamarca			90.000.000	80.000.000		2	170.000.000,00
Huila		350.000.000	100.000.000	320.000.000	190.000.000	7	960.000.000,00
La Guajira				100.000.000		1	100.000.000,00
Magdalena		140.000.000		80.000.000		2	220.000.000,00
Meta			120.000.000			1	120.000.000,00
Norte de Santander	1.605.000.000	1.316.000.000	339.000.000	80.000.000	800.000.000	9	4.140.000.000,00
Quindío	9.218.000.000		100.000.000			2	9.318.000.000,00
Risaralda	3.058.000.000	200.000.000	220.000.000	80.000.000	1.260.000.000	13	4.818.000.000,00
San Andrés	916.846.337	1.661.290.528				2	2.578.136.865,00
Santander			220.000.000	800.000.000		12	1.020.000.000,00
Sucre		998.700.000		80.000.000		2	998.700.000,00
Tolima			264.000.000	300.000.000		5	564.000.000,00
Valle del Cauca	1.236.000.000		330.000.000	520.000.000	900.000.000	17	2.986.000.000,00
<b>Total</b>						<b>145</b>	<b>48.343.596.000,00</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

### Recursos de Inversión dispuestos para el fortalecimiento sectorial

Proyecto Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres (Rubro 320-300-2-11). Para la vigencia fiscal de 2016, se asignaron recursos a este proyecto por valor de 2.454 millones de pesos, con el fin de apoyar las siguientes actividades:

- Programa de Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres

El citado programa busca fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de servicios de salud ante emergencias y desastres. Durante la vigencia 2016, fueron asignados recursos con la siguiente distribución.

**Tabla No. 45 Hospitales seguros frente a los desastres 2016**

INSTITUCIÓN	RESOLUCIÓN	VALOR EN PESOS
E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito – Huila	Resolución 6392 de 2016	30.000.000,00

<b>TOTAL</b>	<b>30.000.000,00</b>
--------------	----------------------

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

- Fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología. Se brindó asistencia técnica especializada a la Red de Centros de Reguladores de Urgencias y Emergencias, con la conformación y determinación del mecanismo de operación de la Red Nacional de Toxicología.
- Asistencia técnica y respuesta institucional de emergencias. Se fortalecieron las actividades de asistencia técnica y se generó capacidad de respuesta del personal del sector salud en temas relacionados con la gestión de riesgo en desastres.

Para este proyecto en la vigencia 2017, se dispusieron recursos por valor de 1.000 millones de pesos.

**Tabla No. 46 ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ACTIVIDAD	VALOR EN PESOS
Asistencia técnica y respuesta institucional	2.424.290.063,00
<b>TOTAL</b>	<b>2.424.290.063,00</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

Participación Social (Rubro 530-306-1-11). Este proyecto tiene como objetivo definir espacios y formas de participación necesarios, con una definición clara en la norma de los mismos y con procesos articuladores que definan el rol de cada una de las entidades responsables de su funcionamiento. Para la vigencia 2016, se asignaron recursos por valor de 160 millones de pesos para fortalecimiento en asistencia técnica y capacidad institucional en temas relacionados con participación y control social en el territorio nacional. Este proyecto en la vigencia 2017, tiene dispuestos recursos por valor de 200 millones de pesos.

Proyecto Mejoramiento de la Red de Urgencias (Rubro 6-30-304-1-16). Los programas de *Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias*, tiene como objeto mejorar la prestación de servicios de urgencias, prehospitales, 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 2016, fueron asignados recursos por valor de 3.500 millones de pesos, con los cuales se fortalecieron veintiún (21) proyectos de diferentes Entidades Territoriales e IPS del país.

**Tabla No. 47 Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias 2016**

DEPARTAMENTO/ DISTRITO	TIPOS DE PROYECTO			
	Dotación de equipos médicos	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Total de proyectos apoyados	Inversión Total
Antioquia		80.000.000	1	80.000.000,00
Cauca		408.000.000	1	408.000.000,00

Cesar		1.102.743.954	17	1.102.743.954,00
Magdalena	1.800.000.000		1	1.800.000.000,00
Tolima		109.000.000	1	109.000.000,00
<b>Total</b>			<b>21</b>	<b>3.499.743.954,00</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2016, Resolución 072/2016

Este proyecto en la vigencia 2017, tiene dispuestos recursos por valor de 3.500 millones de pesos, con el fin de apoyar las instituciones de salud del país, Entidades Territoriales y E.S.E.

## 5. PROMOCIÓN SOCIAL

### 5.1 Víctimas del conflicto armado. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI- liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, responde a las medidas de atención, asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial. Tiene como objetivo mitigar el impacto y el daño a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación que los hechos de violencia generaron en las víctimas de Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Consta de dos (2) grandes componentes: la **atención psicosocial** y la **atención integral en salud**; el primero se centra en el daño y las afectaciones psicosociales y el segundo en la salud física y mental. A su vez, el programa cuenta con cuatro estrategias transversales: coordinación nación–territorio, seguimiento y monitoreo, participación de las víctimas del conflicto armado y desarrollo del talento humano. Lo anterior, acorde a lo definido en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, en donde se nos otorga la competencia en la materia.

#### Componente de atención psicosocial del PAPSIVI

El componente de atención psicosocial del PAPSIVI tiene como objetivo favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social, como gerente de la medida de rehabilitación psicosocial, entre el año 2013 y 2016, ha atendido a **305.985 personas a través del componente de atención psicosocial** del PAPSIVI, logrando su implementación en 24 entidades territoriales y en más de 200 municipios cada año. Así mismo, desde el Ministerio se ha contratado cada año, un promedio de 600 profesionales capacitados en atención psicosocial, de los cuales aproximadamente el 20% son promotores psicosociales<sup>12</sup>.

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015), a través del Art. 120, adicionó el párrafo 2o al artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, estableciendo que la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas<sup>13</sup> “complementará las acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación y recuperación emocional con enfoque psicosocial de las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado”.

Dicho documento de política, estableció una meta de atención psicosocial para el periodo 2015-2018 de 490.000 personas víctimas atendidas psicosocialmente. En concordancia, durante los años 2015-2016, han sido atendidas 262.881 personas entre las dos entidades, lo que **representa un avance del 54%** de la meta del actual periodo presidencial.

---

<sup>12</sup> Los promotores psicosociales son personas víctimas con reconocimiento comunitario y elegidas por las mesas de participación efectiva de víctimas.

<sup>13</sup> A través de la Estrategia de Recuperación Emocional a nivel Grupal

De otra parte, el CONPES 3726 de 2012, estableció una meta de atención psicosocial de 3.000.000 de personas hasta el año 2021. Al respecto se precisa que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad para las Víctimas han atendido **427.265 personas víctimas**, lo que **representa aproximadamente un avance del 14%** respecto a la meta del CONPES.

A continuación, se detalla lo referente a personas atendidas por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en su componente de Atención Psicosocial.

**Tabla 48. Personas únicas atendidas por PAPSIVI – componente de atención psicosocial**

Departamento	2013 – 2014	2015	2016
Antioquia	12,912	11,811	8,455
Arauca	2,079	2,342	3,541
Atlántico	6,954	5,162	4,840
Bogotá	588		350
Bolívar	6,113	7,263	11,009
Boyacá			690
Caquetá	567	513	3,141
Casanare	1,396	766	667
Cauca	3,409	3,652	4,214
Cesar	5,494		2,154
Choco	3,869	3,342	3,270
Córdoba	10,564	8,716	8,735
Cundinamarca	2,184	2,152	2,667
Guaviare	1,235	1,437	684
Huila	3,028	1,850	2,088
La Guajira	9,658	5,249	4,078
Magdalena	5,036	4,801	5,901
Meta	5,875	2,997	4,307
Nariño	8,409	10,347	11,682
Norte de Santander	2,028	2,317	3,457
Putumayo	1,714	1,877	1,713
Risaralda	584		1
Santander	6,130	2,464	2,461
Sucre	1,458	225	1,584
Tolima	1,922		1,404
Valle	3,761	11,899	14,515
Sin información	228		
<b>TOTAL ANUAL</b>	<b>107.195</b>	<b>91.182</b>	<b>107.608</b>
<b>TOTAL A LA FECHA</b>			<b>305.985</b>

Fuente: MinSalud - Corte febrero 2017

Por su parte, la siguiente tabla presenta el número de personas a las que la Unidad para las Víctimas ha brindado atención psicosocial.

**Tabla 49. Consolidado cifras de atención por vigencias**

Año	Número de Personas Únicas
Año 2012	565
Año 2013	24.789
Año 2014	31.835
Año 2015	34.091

Año	Número de Personas Únicas
Año 2016	30.000
<b>Total</b>	<b>121.280</b>

Fuente: Equipo Psicosocial – Dirección de Reparación – Unidad para las Víctimas

Finalmente, en términos de la asignación presupuestal para la implementación del componente de atención psicosocial del PAPSIVI, desde el año 2013, el Ministerio en conjunto con las entidades territoriales han asignado \$127.086.917.847 tal como se detalla a continuación:

**Tabla 50. Asignación de recursos**

Tabla 3. Asignación Presupuestal Sector Salud					Personas Atendidas
Año	ECAT – FOSYGA 72%	Proyecto Inversión 15%	Concurrencia ET 13%	TOTAL	
2013	20.000.000.000			20.000.000.000	107.195
2014	25.000.000.000			25.000.000.000	
2015	15.000.000.000	4.926.164.474	1.733.471.968	21.659.636.442	91.182
2016	15.000.000.000	8.000.000.000	1.782.901.273	24.782.901.273	107.608
2017	16.000.000.000	6.370.000.000	13.274.380.132	35.644.380.132	119.961*
<b>TOTAL</b>	<b>91.000.000.000</b>	<b>19.296.164.474</b>	<b>16.790.753.373</b>	<b>127.086.917.847</b>	<b>425.946</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

### Componente de atención integral en salud

En el año 2016, el MSPS con apoyo del IETS, diseñó el Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, documento que actualiza los lineamientos emitidos en el año 2012 y presenta indicaciones específicas a los actores del SGSSS, para la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la atención en salud a víctimas en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. En el segundo semestre de 2017, iniciará implementación progresiva en las IPS.

El Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, tiene como objetivo desarrollar indicaciones basadas en evidencia que orienten la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI.

### Atenciones en salud a víctimas año 2016

De acuerdo con la información reportada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS)<sup>14</sup>, se identificó que en la vigencia 2016, del total de **107.608** personas atendidas por Papsivi, **73.713** recibieron atenciones en salud dentro del SGSSS. Lo anterior, refleja que el **69% del total de las personas** recibieron atención en los dos componentes del Programa (**psicosocial** y de **salud integral**).

<sup>14</sup> La identificación de las atenciones en salud a víctimas se realiza a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS), los cuales son consolidados por las EPS y remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social. Los RIPS tienen un rezago técnico de consolidación de datos en el SISPRO de entre 6 y 8 meses. Por lo anterior, la información que se reporte en este apartado es parcial.

**Tabla 51. Personas víctimas atendidas en salud dentro del SGSSS - Vigencia 2016**

DEPARTAMENTO	PERSONAS ATENDIDAS
05 - ANTIOQUIA	4,702
08 - ATLÁNTICO	3,033
11 - BOGOTÁ, D.C.	2,739
13 - BOLÍVAR	8,442
15 - BOYACÁ	299
17 - CALDAS	116
18 - CAQUETÁ	2,495
19 - CAUCA	3,602
20 - CESAR	1,120
23 - CÓRDOBA	3,884
25 - CUNDINAMARCA	1,450
27 - CHOCÓ	2,491
41 - HUILA	1,986
44 - LA GUAJIRA	2,978
47 - MAGDALENA	3,602
50 - META	1,667
52 - NARIÑO	9,660
54 - NORTE DE SANTANDER	1,396
63 - QUINDIO	91
66 - RISARALDA	141
68 - SANTANDER	1,302
70 - SUCRE	1,383
73 - TOLIMA	748
76 - VALLE DEL CAUCA	9,822
81 - ARAUCA	1,826
85 - CASANARE	464
86 - PUTUMAYO	1,826
88 - ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	1
91 - AMAZONAS	4
94 - GUAINÍA	5
95 - GUAVIARE	122
97 - VAUPÉS	1
99 - VICHADA	5
SIN INFORMACIÓN	310
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>73.713</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Gráfico 31. Número de atenciones en salud por componente año 2016**

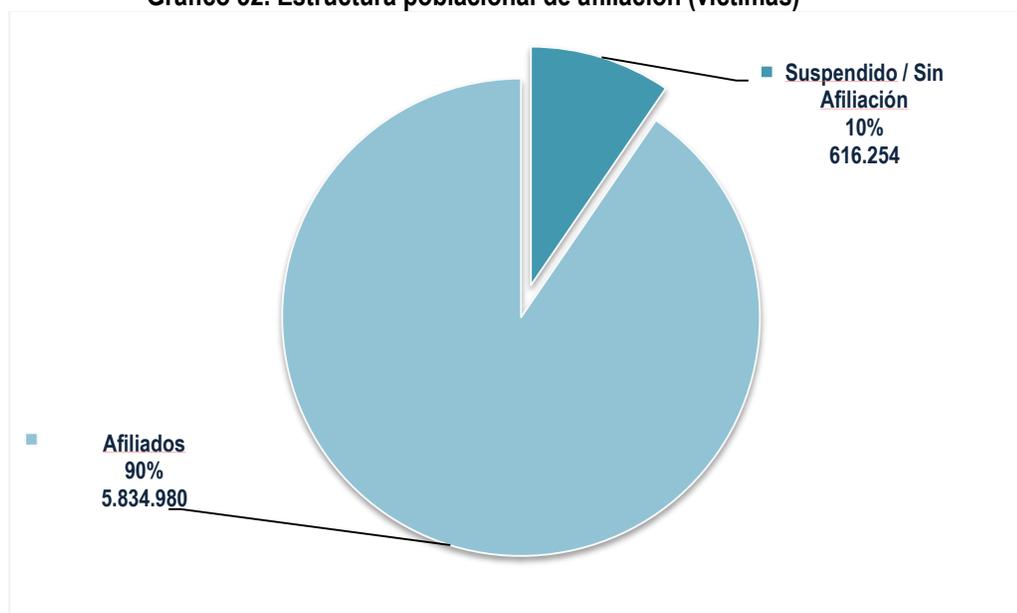


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

### Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Como resultado del cruce de bases de datos entre el MSPS (BDUA) y la UARIV (RUV), se identificó con corte al 31 de diciembre de 2016, que de un total de 6.451.234 personas víctimas únicas plenamente identificadas, 5.834.980 víctimas se encuentran afiliadas al SGSSS, lo que representa el 90.44% de cobertura de afiliación.

**Gráfico 32. Estructura poblacional de afiliación (víctimas)**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

## Formación del Talento Humano - PAPSIVI

En 2016, el MSPS brindó formación a más de 700 profesionales, a cargo de la atención psicosocial a las víctimas. Adicionalmente se desarrollaron dos cursos de formación al talento humano, a saber: i) atención con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, en el cual participaron **1.000 estudiantes** en 26 entidades territoriales. ii) atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el cual participaron **2.000 personas** del sector salud, especialmente del nivel asistencia (médicos, enfermeras, EPS públicas y privadas y Hospitales), así como profesionales de las Direcciones Territoriales de Salud.

## Decretos con fuerza de ley – grupos étnicos

- Decreto 4634/2011: durante 2016 se formuló la propuesta de Modulo étnico del PAPSIVI para el pueblo Gitano, en el componente psicosocial, el cual se socializó a tres Kumpaño en Bogotá y en Enviado y se recibió retroalimentación y validación. Para el 2017, se continuará socializando los lineamientos a las 7 Kumpaño restantes y se espera una validación final en el marco de la Mesa de diálogo nacional del pueblo Gitano coordinada por Mininterior.
- Decreto 4635/2011: durante 2016 se formuló la propuesta de Modulo étnico del PAPSIVI para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en el componente psicosocial, el cual se socializará y validará en lo que resta del 2017, con sujetos de reparación colectiva en Bogotá y Cesar; con el objeto de fortalecer la propuesta y llevarla a la Comisión tercera de salud con la población afrodescendiente.
- Decreto 4633/2011: durante 2016 se formuló y concertó, en el marco de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas, la propuesta de Ruta de atención integral en salud para pueblos indígenas, la cual recibió validación y retroalimentación técnica. Para el 2017, se acordó realizar la coordinación respectiva con la UARIV y la protocolización de la Ruta en el marco de la Mesa Permanente de Concertación, mediante sesión formal.

## 5.2 Población con discapacidad

El Ministerio de Salud y Protección Social en calidad de ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad, según la Ley 1145 de 2007, desarrolló durante el segundo semestre del año 2016, un acompañamiento a las 36 entidades territoriales para brindar asistencia técnica orientada a fortalecer la gestión en discapacidad con énfasis en los comités territoriales de discapacidad.

Durante el período se encuentran conformados comités territoriales de discapacidad en el 68% de los municipios del país y en el 78% de los departamentos y distritos.

De igual forma, se implementó una estrategia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad –SND para mejorar la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en cada uno de sus niveles, en los departamentos de Arauca, Caldas, Caquetá, Cesar, Cundinamarca, Huila, Meta y Quindío, con la participación de 78 organizaciones y 195 líderes.

El 22 de diciembre de 2016 se expidió el Decreto 2107 por el cual se traslada la rectoría del Sistema Nacional de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social al Ministerio del Interior, definiendo un plazo de 6 meses para su transición. Durante el primer semestre de 2017, se desarrollaron las actividades propias del empalme, tuvieron lugar cuatro encuentros territoriales con la participación de 30 departamentos y 3 distritos, orientados a propiciar el proceso de transición en el nivel territorial.

El Estado colombiano, con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector, sustentó ante el Comité de Seguimiento sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, el primer informe de aplicación de la Convención de Naciones Unidas y recibió las recomendaciones de este órgano internacional, disponibles para consulta.<sup>15</sup>

Con el fin de aumentar la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad –RLCPD- y promover la actualización y uso de la información, se generaron espacios de asistencia técnica territorial y virtual; se fortaleció el sitio colaborativo y mesa de ayuda del RLCPD y se actualizaron los indicadores dispuestos en el Observatorio Nacional de Discapacidad. De igual forma se adelantó un proceso de modernización y actualización del RLCPD articulado a la Certificación de Discapacidad, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018.

En el periodo comprendido entre junio 1 de 2016 y mayo 31 de 2017, han sido registradas **125.903 personas**, para un total a la fecha de **1.310.213 personas** caracterizadas.

En el ámbito de las competencias sectoriales, se llevó a cabo el proceso de formación para la apropiación de la ruta de atención integral en salud para víctimas de accidentes con *minas antipersonal* y *municiones sin explotar (MAP/MUSE)*, con una participación de 286 personas, provenientes de 25 municipios de 8 departamentos del territorio colombiano. Para fortalecer la implementación de la ruta y superar las barreras que persisten en la atención integral en salud y rehabilitación funcional, la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular 003 de 2017 que tiene como objeto impartir instrucciones a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, y Entidades Territoriales, respecto de la ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para las víctimas de MAP/MUSE.

Con el apoyo de USAID – OIM – World Vision como entidades de cooperación internacional, se dio continuidad al proceso de fortalecimiento de las unidades de rehabilitación funcional en la red pública de prestación de servicios, con la implementación de una unidad en el municipio de Carmen de Bolívar y se desarrolló el proceso de formación virtual para la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC- con 236 agentes certificados. Se desarrolló y entregó la caja de herramientas para la implementación de la Estrategia a todas las entidades territoriales. A partir de la inclusión de la estrategia como tecnología en salud en el Plan de Intervenciones Colectivas, se transversalizó su desarrollo con el componente de salud mental.

En el primer semestre de 2017, se desarrolló el proceso reglamentario encaminado a garantizar que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos y se determinan las obligaciones correlativas para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional; proceso que además contribuye a dar respuesta a la recomendación emitida por el Comité de Seguimiento a los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU.

Finalmente, de forma conjunta con el ICBF y el SENA se dio inicio al programa de formación titulado “Cuidado básico de personas con dependencia funcional” con 218 personas en formación y la apertura de nuevas cohortes para el segundo semestre de 2017.

---

<sup>15</sup> Ver el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Recomendaciones-comite-colombia-2016.pdf>

### 5.3 Población inimputable por trastorno mental

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene a su cargo la asistencia médica psiquiátrica y social así como la rehabilitación de las personas declaradas jurídicamente como inimputables por trastorno mental e inmadurez psicológica, con medida de seguridad consistente en internación en establecimiento psiquiátrico, para el cual, en virtud del numeral 43.1.10 de la Ley 715 de 2001, se asignan recursos a 13 entidades territoriales con capacidad para la prestación de estos servicios, con el fin de que éstas adelanten la contratación pertinente con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, especializadas en el área de Salud Mental para garantizar la atención.

El programa contempla la asistencia médica psiquiátrica y social, así como la rehabilitación por parte de un equipo interdisciplinario conformado mínimamente por las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, nutrición, y enfermería. Incluye la coordinación, capacitación y articulación de diferentes actores como la Rama Judicial, Fiscalía, Instituto Nacional de Medicina legal, Fuerzas Militares, INPEC, Secretarías de Salud, Alcaldías, Defensoría y Procuraduría, así como Centros de Rehabilitación. De acuerdo con la solicitud de los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad y la disponibilidad de cupos en los Centros, se ubica a los condenados.

En la vigencia 2016, mediante la Resolución 971 de 2016, se asignaron recursos a las entidades territoriales por valor de \$13.971.692.000, para la gestión de la atención de la población inimputable en **430 cupos**, según los lineamientos técnicos del Programa. Durante esta vigencia se atendió un total de **440 personas inimputables**. Por su parte, para la vigencia 2017, el costo del programa es de \$17.405.761.943 para un total de **415 cupos**, en los cuales actualmente se atienden **390 personas inimputables**.

### 5.4 Mujer y Género

Respecto a la implementación de las medidas de atención para las mujeres víctimas de violencias, de que trata el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, durante el segundo semestre de 2016, se realizó la socialización del proyecto de decreto modificatorio al Decreto 2734 de 2012, en virtud de lo establecido en el literal i) del acápite de gastos del Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, documento que fue socializado con el Comité de Seguimiento a la Ley 1257 de 2008, las organizaciones de mujeres, representantes del DNP, de la Bancada de Mujeres del Congreso de la República y de EPS, así como Secretarías Departamentales y Distritales de Salud y ONU Mujeres. A la fecha se encuentra en trámite la publicación en la página Web del Ministerio para la correspondiente consulta pública.

De igual forma, se elaboró el documento de proyecto de Lineamientos Técnicos para la implementación de las medidas de atención y procedimiento para su reconocimiento y pago y dos proyectos de resolución sobre criterios de asignación de recursos a las Entidades Territoriales y el de asignación para la vigencia 2017. El trámite de expedición de estos actos administrativos está sujeto a la creación de la nueva entidad administradora de los recursos del sistema de salud, lo cual está previsto para el mes de agosto del presente año.

En lo relacionado con la Transversalización del Enfoque de Género, incluida en el Eje de Transformación Cultural del Plan Indicativo del Conpes 161 de 2013, durante el segundo semestre del año 2016, se elaboró un instrumento de encuesta que permitirá la elaboración de una línea de base para implementar el proceso de sensibilización y capacitación en enfoque de género y salud al interior del Ministerio de Salud y Protección Social. De igual forma, durante el primer semestre de 2017, se conformó un espacio interno de trabajo denominado Mesa de Género y Salud, con el propósito de impulsar el proceso de transversalización del enfoque de género al interior de la institución.

### 5.5 Persona Mayor, Vejez y Familia

## **Envejecimiento y vejez**

En desarrollo de la Ley 1276 de 2009, mediante la cual se establecen criterios de atención integral de las personas adultas mayores en los centros vida y bajo el enfoque de derechos y el modelo de atención integral y centrada en la persona, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 024 de 2017, por la cual se determinan los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los centros vida a cargo de las entidades territoriales y los operadores que accedan a recursos de la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor.

De manera previa a la suscripción del citado Acto Administrativo, el Ministerio realizó procesos participativos y de consulta, así: i). Encuesta de caracterización de centros de atención de personas de 60 años o más, la cual evidenció la ausencia de cumplimiento de requisitos mínimos por parte de los oferentes de servicios para personas adultas mayores; ii). Cinco (5) Foros Regionales que contaron con la participación de 618 personas de los 32 departamentos del país, entre las cuales se encuentran referentes del tema de adulto mayor, profesionales de los sectores público y privado, academia, propietarios de centros vida y líderes de organizaciones sociales de personas adultas mayores; esto, con el objetivo de socializar la propuesta de estándares y conocer sus aportes; iii) Publicación del proyecto de acto administrativo en el sitio web del Ministerio. Finalmente, más de 770 ciudadanas y ciudadanos se pronunciaron y realizaron aportes al referido proyecto, mediante los tres espacios de participación y consulta mencionados.

El anexo de la Resolución 024 de 2017, integra seis grupos de estándares: infraestructura, dotación, talento humano, gestión, valoración integral y plan personalizado de atención, y calidad de vida. De igual forma, se detallan los conjuntos de criterios correspondientes a cada uno de esos estándares, con el fin de especificar los requisitos mínimos esenciales de los centros vida para personas adultas mayores, así como lo correspondiente al seguimiento, vigilancia y control de dichos centros, que se encuentran a cargo de las entidades departamentales y distritales de salud.

Durante el primer semestre de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó un proceso de difusión y asistencia técnica a nivel departamental sobre la Resolución 024 de 2017, mediante jornadas de trabajo en las que además, se divulgan los elementos más relevantes de las Leyes 1251 de 2008, 1276 de 2009 y 1315 de 2009, todas relacionadas con los derechos de las personas adultas mayores.

Por otra parte, entre 2016 y 2017, se estructuró el perfil y competencias profesionales del gerontólogo en Colombia, con base en las tres siguientes evidencias: 1) la gerontología es de reciente aparición en nuestro país, 2) los gerontólogos han venido desempeñando un papel preponderante en la atención integral brindada a las personas de acuerdo al curso de vida, y 3) los gerontólogos ejercen su profesión en esferas como la administración pública y privada, la formación de talento humano en diferentes áreas y la asesoría sobre procesos de envejecimiento, tanto individual como familiar y comunitaria. En este contexto, la precisión del perfil y competencias del gerontólogo constituye la carta de navegación para que las instituciones de educación superior revisen y ajusten sus currículos, a fin de ofrecer a los futuros profesionales las herramientas conceptuales, metodológicas, técnicas y éticas para un desempeño profesional colaborativo y de calidad, respondiendo de esta manera a la realidad social del país y a los requerimientos gubernamentales, empresariales, comunitarios y profesionales.

## **Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias –PPNAFF**

Se formuló el documento de Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias –PPNAFF, el cual fue validado por el Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar –SNBF- en sesión de noviembre de 2016, y se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. De igual forma, se desarrollaron acciones para la socialización de esta política con las entidades territoriales, como paso fundamental hacia su implementación. Para ello, se han realizado cinco foros regionales y emitido 4 videoconferencias con la participación

de los sectores y entidades corresponsables a nivel territorial. Finalmente, se impulsaron acciones intersectoriales para la conmemoración del Día Nacional e Internacional de las Familias (mayo 15) haciendo el reconocimiento de la importancia de las familias como cuidadoras y formadoras para el bienestar de todos sus integrantes.

## 5.6 Grupos étnicos

### **Acciones con pueblos indígenas. Estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI**

Durante el segundo semestre de 2016 se realizaron cinco reuniones ordinarias de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas, en las cuales, para la definición de contenidos de los contenidos del SISPI, tuvieron lugar las siguientes actividades:

- Se revisó, ajustó y avaló con los Subcomisionados indígenas de salud, la Guía Metodológica para la construcción de contenidos e implementación del SISPI.
- Se realizó el balance y revisión de los pueblos indígenas apoyados con el diseño de sus modelos de salud, así como con asistencia técnica a prestar durante la vigencia 2017 para la construcción de las respectivas propuestas respecto al diseño de sus modelos de salud.
- Se dio inicio a la discusión de los posibles contenidos del componente de Sabiduría Ancestral del SISPI, con la participación de médicos tradicionales.
- Se concertaron los indicadores y metas para hacer seguimiento a 16 de los 22 acuerdos suscritos con pueblos indígenas en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018, los cuales fueron protocolizados en sesión de la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas a finales de 2016. Actualmente se están adelantando las gestiones interinstitucionales para la revisión y concertación de los acuerdos restantes (es decir seis) que son de carácter intersectorial.

### **Diseño de modelos de salud propios e interculturales**

En 2016 el MSPS elaboró la *Guía metodológica para la construcción de contenidos e implementación del SISPI*, concertada con los delegados indígenas de la Subcomisión de Salud. Este documento es el referente que orientará la adecuación y apropiación de los componentes del SISPI en el ámbito territorial, y evaluación de los desarrollos propios en salud para la población indígena, que tienen lugar desde el nivel territorial.

Para la continuidad del diseño de modelos de salud propios e interculturales se expidió la Resolución 6395 de 2016, mediante la cual se transfirieron \$900 millones, a entidades territoriales con presencia de los pueblos indígenas Bora, Uitoto, Muinane y Okaina del Amazonas, Embera Chamí de Caldas y Embera Katío de Córdoba, Misak y Totoroéz de Cauca, Zenú de Córdoba, Wayuu de la Guajira, Nukak del Guaviare, Awá de Nariño (adscritos a UNIPA) y Pijaos del Tolima (a razón de \$100 millones por pueblo). Esto con el fin de apoyar el diseño de modelos de salud o formas del cuidado de salud propia e intercultural en el marco del SISPI, para aquellos pueblos indígenas que, de acuerdo a las propuestas presentadas y su evaluación sobre la idoneidad de los proponentes, contaron con la capacidad técnica y administrativa que garantizara la ejecución de los recursos. A la fecha ya se encuentran suscritos e iniciaron ejecución los convenios con los pueblos indígenas Pijaos, Totoroéz y Awá.

En el mismo sentido, en la vigencia 2017, se están adelantando los trámites para dar continuidad al diseño de modelos de salud propios e interculturales, a través de la suscripción de convenios interadministrativos entre el MSPS y pueblos indígenas que previamente fueron apoyados por parte del MSPS, así como otros con quienes se iniciará el proceso de acompañamiento a través de recursos de la Nación. Estos son: Yanacona del Cauca, y Ticuna, Cocama y Yagua del municipio de Puerto Nariño Amazonas, Pastos de Nariño, Embera de Córdoba, Kogi y Arhuaco de la Sierra Nevada,

Cofán de Putumayo y Puinave del Guainía, por valor de \$55 millones cada convenio, para un valor total de \$440 millones.

### **Cumplimiento a órdenes y sentencias judiciales**

Mediante la Resolución 6091 de 2016, se realizó la transferencia de \$150 millones, para dar continuidad y cumplimiento a las acciones definidas y acordadas con el pueblo indígena Awá de Nariño y Putumayo, en el marco del Plan Provisional Urgente de Reacción y Contingencia ordenado en el Auto 174 de 2012, de la Corte Constitucional, relacionadas con el proceso de diseño de las formas del cuidado a la salud propio e intercultural (modelos de salud) en el marco del SISPI con las organizaciones indígenas CAMAWARI (Nariño) y ACIPAP (Putumayo), y de implementación y seguimiento del programa de intervención psicosocial con la organización UNIPA (Nariño), por valor de \$50 millones, para cada organización. A la fecha se encuentran suscritos e iniciaron ejecución los convenios con CAMAWARI y UNIPA de Nariño.

El MSPS, en articulación con las entidades territoriales, ha participado e incidido en las reuniones convocadas por el Ministerio del Interior, como ente coordinador del cumplimiento de los Autos relacionados con pueblos indígenas en el marco de la Sentencia T-025 de 2004, en especial en la concertación y seguimiento a la implementación de líneas y estrategias sectoriales de salud de los Planes de Salvaguarda Totoroez, Kankuamo, Misak, U'wa, Embera, Kokonuko, Jiw, Nukak y Wiwa, de los Planes Provisionales Urgentes de Reacción y Contingencia de los pueblos Awa, Jiw y Nukak, del Programa de intervención y atención en salud, nutrición y seguridad alimentaria para atender al pueblo Hitnu o Macaguán y del retorno de la población Embera Chamí y Katio desplazada (Autos 004 de 2009, 382 de 2010, 174 de 2011, 173 de 2012, 051 de 2013 y 565 de 2016).

### **Reglamentación de la Ley 691 de 2001**

En sesión de la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas, realizada en julio de 2016, se revisó, ajustó y protocolizó la propuesta de Proyecto de Decreto *por el cual se definen los estándares de habilitación para las Empresas Promotoras de Salud Indígenas que operen el Régimen Subsidiado en salud, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI*. Proyecto de Decreto que tuvo que ser ajustado para que tuviera una uniformidad de lenguaje con el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; está pendiente el trámite de publicación del citado proyecto para análisis, comentarios y observaciones de la ciudadanía, requisito indispensable para su expedición.

### **Acciones con comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales**

Durante el tercer trimestre del año 2016, y primer trimestre del año 2017, el MSPS ha adelantado las gestiones necesarias frente al Ministerio del Interior, para conocer lo referente a los mecanismos para la conformación y designación de delegados del nuevo espacio de construcción de políticas públicas en salud para esta población, que en el marco de la Ley 1450 de 2011, estaba a cargo de la denominada Mesa Nacional de Protección Social de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se elaboró en el segundo semestre de 2016, el documento borrador que de forma general da cuenta de la condición de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, a partir de la revisión documental de fuentes de información que articula el Ministerio de Salud y Protección Social, así como algunas fuentes secundarias externas.

### **Acciones con pueblo Rrom (gitano)**

Durante el segundo semestre de 2016, se realizó el seguimiento a los compromisos planteados en cada uno de los Planes de Acción elaborados en el año 2015, con las 10 Kumpaño existentes. Para ello, se realizaron mesas de trabajo en los territorios de Sampués (Sucre), Envigado (Antioquia), Sabanalarga (Atlántico), Cúcuta (Norte de Santander), Ibagué (Tolima) y Bogotá D.C. (esta última con las organizaciones ProRom y Kriss Romani) con la participación de diferentes actores del SGSSS y delegados Rrom de las Kumpaño.

En el segundo trimestre de 2017 se solicitó a cada uno de los territorios, la información correspondiente a las gestiones adelantadas durante la vigencia 2016 por parte de los diferentes actores del sistema, para dar cumplimiento a cada uno de los planes de acción elaborados con las 10 Kumpaño existentes. Esto con el objetivo de coordinar las respectivas jornadas de asistencia técnica programadas para el segundo semestre de 2017, en seguimiento a los compromisos establecidos.

### 5.7 Habitante de la Calle

Durante el año 2016, la Oficina de Promoción Social realizó dos diagnósticos sobre población habitante de calle. Uno general, que incluye las características de esta población y su forma de vida, así como las principales barreras para la protección y ejercicio pleno de sus derechos. Dicho diagnóstico recogió los ejercicios de levantamiento de información realizados por este Ministerio durante los años 2014 y 2015 y se constituyó en pieza clave del documento de Política Pública Social para Habitante de la Calle- PPSHC-, puesto que cimentó las líneas de política pública de los componentes de Ley establecidos mediante la Ley 1641 de 2013. El segundo diagnóstico fue el atinente, en específico, al Componente de Atención Integral en Salud de la PPSHC, y permitió –a partir de sus recomendaciones- cimentar las líneas de política que desarrolla dicho componente, como competencia exclusiva del MSPS. Este diagnóstico aportó información sobre el uso del sistema de salud por parte de las personas habitantes de la calle, así como sus principales afectaciones en salud, identificadas a partir de estudios epidemiológicos realizados sobre esta población.

A partir lo anterior, en el segundo semestre de 2016, el MSPS consolidó el documento de la PPSHC, contando con aportes de ciertas entidades del nivel nacional que cuentan con competencia para la formulación de sus respectivos componentes de política. Además, este Ministerio desarrolló de forma extensa el Componente de Atención Integral en Salud de la Política.

Ambos documentos fueron presentados en el marco de la Mesa Técnica Nacional de Habitante de Calle que convoca y lidera el MSPS; esto con el fin de recibir observaciones y, especialmente, validación en lo referente a los componentes de política, por parte de las 13 entidades que hacen parte de este espacio técnico. Adicionalmente, se realizó la validación de dichos documentos entre las áreas técnicas del MSPS que cuentan con competencia en el tema, a fin de recibir sus observaciones y propuestas de ajuste.

A partir de lo anterior, en lo corrido del 2017, el MSPS ajustó tanto el documento general de PPSHC como el documento específico de Componente de Atención Integral en Salud y actualmente ambos documentos están surtiendo el trámite interno de publicación para su consulta pública, indispensable para su posterior expedición mediante acto administrativo. Al respecto cabe aclarar que, si bien el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró la PPSHC, con el concurso de ciertas entidades competentes en el tema, cada una de las instituciones líderes de los componentes establecidos en el artículo 8 de la Ley 1641, deberán desarrollar técnicamente sus respectivos componentes.

De otro lado, en diciembre de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2083, que modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2001, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Esta norma

brinda orientaciones concretas para la inclusión de varias poblaciones vulnerables, entre ellas los habitantes de calle, en los listados censales que consolida el nivel territorial.

Por último, en el primer semestre de 2017, se elaboró la propuesta de Guía de Caracterización para la población habitante de calle adulta, dirigida a las entidades territoriales, la cual actualmente se encuentra surtiendo el proceso de validación interna. En paralelo, se ha brindado asistencia técnica a las entidades territoriales que lo han requerido, especialmente con relación a la caracterización de esta población en sus territorios y los lineamientos de atención en salud.

## 6. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 6.1 Acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas por el INVIMA

#### Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sanitaria con enfoque de riesgo

En el contexto de lo dispuesto por la resolución 1229 de 2013, que establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano, el Invima avanza en la aplicación del modelo IVC SOA, el cual evalúa los establecimientos y productos bajo vigilancia según sus riesgos, considerando la severidad (S), la probabilidad de ocurrencia (O) y la afectación (A).

A marzo 31 de 2017, el censo de establecimientos vigilados ascendió a 12.565, 74% de los cuales se encuentra clasificado en riesgo moderado o bajo.

**Tabla No. 52. Censo 31 mar 2017**

Producto	Establecimientos	
	No.	%
Alimentos	7.039	56,02
Dispositivos Médicos	2.711	21,58
Cosméticos	1.175	9,35
Medicamentos	938	7,47
Plantas de beneficio animal	601	4,78
Bancos de tejidos	83	0,66
Bancos de sangre	18	0,14
Total	12.565	100,00

Fuente: INVIMA

Según clasificación del modelo IVC-SOA, se priorizan las visitas de IVC en los establecimientos de mayor riesgo, verificando estándares de calidad e inocuidad, monitoreo de efectos en salud y acciones de intervención en las cadenas productivas, orientadas a eliminar o minimizar riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso o consumo de bienes y servicios. Adicionalmente, se programan visitas al presentarse denuncias contra el producto o establecimiento, peticiones del interesado, resultados rechazados de análisis de laboratorio, toma de muestras, solicitudes de otras entidades, enfermedades transmitidas por alimentos y alertas sanitarias.

En 2016 se realizaron 16.067 visitas y en 2017, con corte a 31 de mayo, se han efectuado 6.683, distribuidas de la siguiente manera:

**Tabla No. 53. Visitas de IVC, según producto**

Vigencia 2016			Vigencia 2017 (31 mayo)		
Producto	No. Visitas	Porcentaje	Producto	No. Visitas	Porcentaje
Alimentos	11.931	74,26	Alimentos	5285	79,08
Plantas de beneficio animal	1.322	8,23	Medicamentos	462	6,91
Medicamentos	1.026	6,39	Dispositivos médicos	357	5,34
Dispositivos médicos	966	6,01	Cosméticos	246	3,68
Cosméticos	579	3,60	Plantas de beneficio animal	192	2,87
Bancos de sangre	243	1,51	Bancos de sangre	117	1,75

Vigencia 2016			Vigencia 2017 (31 mayo)		
Producto	No. Visitas	Porcentaje	Producto	No. Visitas	Porcentaje
			Bancos de Tejido y Medula Ósea y Bancos de semen, óvulos y embriones	24	0,36
Total	16.067	100	Total	6683	100

Fuente: INVIMA

Como resultado de las visitas de IVC, se aplicaron en 2016, un total de 2.243 medidas sanitarias, principalmente congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos. A abril de 2017, se han aplicado 1.000 medidas a productos y establecimientos de competencia del Instituto para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

El ciclo de IVC, cierra con la ejecución del proceso sancionatorio que surge con ocasión del incumplimiento de la normatividad sanitaria vigente y la medida correspondiente. En 2016, se impusieron sanciones en firme por valor de \$9.011,6 millones, 12,27% más que en 2015.

Con respecto a las alertas sanitarias, entendidas como eventos de interés en salud pública, que se presentan cuando hay sospecha de una situación de riesgo potencial para la salud de la población o de trascendencia social frente a la cual sea necesario el desarrollo de acciones de salud pública urgentes y eficaces, en 2016 se generó un total de 47 y en el presente año, hasta la fecha de corte de este informe, 21.

Las acciones de IVC, tienen un carácter interinstitucional y demandan la participación coordinada de otras entidades; en este sentido, con el fin de proteger de manera efectiva la salud de la población, se ha dado continuidad al desarrollo de las actividades de articulación y coordinación con las Entidades Territoriales de Salud, especialmente para la aplicación de la Circular 046 de 2014.

### Programas especiales

Las funciones de IVC, además de las visitas, abordan un grupo de programas especiales que están enfocados en la obtención de información sobre el comportamiento de eventos adversos o enfermedades de transmisión en alimentos, medicamentos o dispositivos médicos asociados a la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, entre otros, para establecer prioridades y evaluar resultados. En el período 2016-2017 se está trabajando en los siguientes programas:

**Programa Nacional de Farmacovigilancia:** En este programa se realizan acciones de vigilancia a los medicamentos cuando están siendo comercializados, para determinar la seguridad de los mismos.

**Tabla No. 54. Acciones en farmacología**

Acciones	Resultados 2016
Fortalecimiento de la red nacional de Farmacovigilancia	Establecimiento de nodos focales de la región Centro Oriente, Pacífico, Eje Cafetero, Centro Sur, Caribe y Llanos. Acercamientos con entes territoriales y definición ciclos iniciales de encuentros telemáticos
Reporte de eventos adversos en línea	Aumento en la notificación de reportes y eventos adversos en línea. Identificación de potenciales señales como lipodistrofia asociada a zidovudina y lamivudina, lo cual generó llamado a revisión de oficio a los titulares de registros sanitarios de estos productos para incluir dentro de las advertencias, la información de seguridad evidenciada.
Articulación interinstitucional	Participación en la Red puntos focales de Farmacovigilancia de las Américas para para intercambio de experiencias y análisis de temas críticos, formulación de propuesta de instrumentos y herramientas para fomentar la Farmacovigilancia como parte necesaria de las políticas y programas de Medicamentos y Salud Pública y desarrollo de mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y de la Protección Social y con el Instituto

Acciones	Resultados 2016
	Nacional de Salud en la implementación del Plan estratégico para la Contención y Erradicación Mundial de la poliomielitis.

Fuente: INVIMA

**Programa Demuestra la Calidad.** En este programa se adelantan acciones de vigilancia post mercado a fabricantes e importadores que realizan actividades asociadas a la producción, importación, comercialización y consumo de los productos competencia del Invima. Para el caso de dispositivos médicos se realizaron análisis de control de calidad de preservativos, jeringas, catéteres y equipos de macrogoteo; en cuanto a medicamentos, se tomaron muestras para el análisis de 15 principios activos identificados a través del mapa de riesgos; con respecto a cosméticos, en 2016 se efectuaron análisis de flúor en enjuagues bucales, determinación de *Ethyl Butylacetylaminopropionate* en repelentes de insectos y cosméticos para niños y control microbiológico en cosméticos para cuerpo y rostro, encontrando conformidad en las muestras analizadas.

**Programa nacional de vigilancia y control de residuos y contaminantes químicos en alimentos y bebidas.** Este programa contempla el desarrollo de Planes Subsectoriales de Vigilancia de Residuos Químicos en Alimentos y Bebidas, fundamentales para evaluar el estatus sanitario del país, sobre la presencia de residuos de medicamentos veterinarios, plaguicidas y contaminantes en alimentos, que pueden impactar en la salud de los consumidores a largo y mediano plazo. Se destaca en 2016, la identificación de resultados no conformes por excedencias de mercurio en atún en conserva y bagre. Como medida de intervención se generó la inspección permanente en los sitios identificados, decomisos del producto, recogida del mercado de los lotes implicados, visitas a las plantas productoras para seguimiento a la implementación de los planes de mejoramiento y destrucción del producto.

Publicación de alertas sanitarias en la página web del Invima, para informar a los consumidores sobre el riesgo del consumo de los lotes implicados y definición y divulgación de recomendaciones de consumo sobre atún enlatado para los distintos grupos de la población colombiana.

**El Programa Nacional de Vigilancia Postmercado de Dispositivos Médicos, Tecnovigilancia,** se configura como una estrategia de vigilancia postcomercialización y evaluación sanitaria, para la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información de seguridad relacionada con el uso de los dispositivos médicos que se importan, fabrican y distribuyen en el país, con el fin de tomar medidas eficientes en aras de proteger la salud pública en el país.

En 2016, se gestionaron 7.153 reportes, de los cuales el 90,95% corresponde a incidentes adversos no serios y el 9,05% a eventos e incidentes adversos serios. Por ser dispositivos de alto riesgo para la salud pública y por la gravedad de los eventos adversos notificados, se señalaron y priorizaron electrodos para marcapasos implantables, prótesis mamarias, lente intraocular, stent coronario, bombas de infusión, catéter venoso periférico y equipo de administración de soluciones.

**Programa Nacional de Reactivovigilancia.** Constituye el mecanismo de vigilancia post-comercialización de los reactivos de diagnóstico in vitro, para gestionar y evaluar sanitariamente los efectos indeseados, que corresponden a los acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente que tiene o puede tener consecuencias negativas asociados a su uso, para tomar medidas que mejoren la seguridad de los pacientes, los usuarios y todo aquel que directa o indirectamente esté asociado con el uso de los reactivos.

En 2016, se gestionaron 171 reportes de efectos indeseados. El Programa se posicionó como el único en las Américas para la vigilancia de los reactivos de diagnóstico y como nueva tendencia en vigilancia epidemiológica del Siglo XXI, además, es modelo para otras agencias sanitarias homologas.

### Implementación del Decreto 1500 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias

La carne y sus derivados se encuentran dentro de los alimentos considerados de mayor riesgo, por lo cual, garantizar su calidad y seguridad es esencial. Es así como con el objeto de proteger la salud de la población, garantizando el suministro de productos inocuos, desde 2016 se avanza hacia un sector cárnico con mejores condiciones sanitarias, fortaleciendo el estatus sanitario nacional, contando con estrategias relativas a la inocuidad de los alimentos con un adecuado nivel de confianza a lo largo de la cadena productiva, con un enfoque de riesgo. Estas acciones además han contribuido con la competitividad del sector ganadero en Colombia, en lo relacionado a la apertura de nuevos mercados de exportación de carne, mercados más exigentes y de mayor demanda en el mundo.

En 2016 se programaron 71 plantas de beneficio, desposte y desprese para cierre, efectuándose el 100% de lo programado en el período de agosto a diciembre, de igual manera, para la vigencia 2017, en el período comprendido entre enero a mayo, se han cerrado 51 plantas bajo Decreto 1500 de 2007.

### Estrategia del INVIMA, en la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano.

El Invima ha desarrollado la estrategia en la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano, mediante la recepción y gestión de las quejas, denuncias y otros, con el fin de realizar los análisis de información respectivos y determinar las acciones correspondientes realizados por el Grupo de Reacción Inmediata (GURI)

El Invima ha realizado visitas y/u operativos conjuntos con las autoridades judiciales, entre ellas la SIJIN, la POLFA y el CTI, los cuales han permitido mitigar el riesgo que representan estos flagelos, en la salud pública de la población.

Para el periodo diciembre de 2016 a marzo de 2017, se realizaron 16 visitas y/u operativos conjuntos, obteniendo los siguientes resultados en decomisos de productos.

**Gráfico No. 33. Gestión de operativos - Decomisos**



Fuente: INVIMA

Cabe resaltar, que dentro de las acciones preventivas encaminadas a cumplir con la "Estrategia de Lucha Contra la Ilegalidad y el Contrabando de Productos Competencia del Invima a través de Comercio Electrónico", el GURI para el primer trimestre del año 2017, realizó monitoreo al producto "Furunbao" que fue objeto de denuncia por parte del titular del registro sanitario, por presunta falsificación del mismo.

Una vez realizado el monitoreo de la página web del titular, se evidenciaron infracciones en la publicidad de varios productos. Por lo anterior y en cumplimiento del procedimiento de "Visitas de Ilegalidad, Contrabando y Corrupción", se planeó y coordinó con la POLFA, un operativo conjunto, al establecimiento comercial del titular, el cual arrojó como resultado el decomiso de 1.085.876 suplementos dietarios.

### Fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios

El fortalecimiento de los laboratorios se centra en la implementación o estandarización de metodologías y la validación o verificación de nuevas técnicas que permiten realizar el control de calidad de los productos competencia del Invima, y así determinar la calidad o inocuidad del producto. En 2016 se estandarizaron o implementaron 30 metodologías:

**Gráfico No. 34. Metodologías implementadas o estandarizadas**



Fuente: INVIMA

## 6.2 Acciones de IVC del Instituto Nacional de Salud-INS

### Vigilancia

- Se mantiene la vigilancia de 101 eventos de interés en salud pública con producción de Boletines Epidemiológicos y Comités de Vigilancia Epidemiológica Semanales.
- El DANE certificó la operación estadística de la vigilancia rutinaria en salud pública mediante Sivigila.

### Enfermedades transmisibles

- No se han detectado casos de polio, sarampión rubéola o síndrome de rubéola congénita, cumpliendo los indicadores internacionales de vigilancia.
- Se ha mantenido el cumplimiento de la meta de eliminación de tétanos neonatal en menos de un caso por 1.000 nacidos vivos.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis en población privada de la libertad con el INPEC, USPEC y MSPS.

- Participación en la “Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales” para las Américas y en la región de la Amazonía
- Presentación de la experiencia de vigilancia y control de la epidemia por virus de zika en 6 ciudades de EEUU en el marco del International Visitors Leadership Program.
- En conjunto con el MSPS, se decretó el cierre de la fase epidémica del virus del zika en Colombia, el 15 de julio de 2016.
- Verificación de la vigilancia en salud pública en el proceso de certificación por OPS de la interrupción de transmisión vectorial de chagas en 21 municipios.
- Se elaboró el análisis de situación de las zoonosis para el documento de la situación en salud ambiental 2010 – 2016, como parte de la CONASA.
- Aumento de la cobertura de la vigilancia de IAAS, resistencia antimicrobiana y consumo de antibióticos en hospitales de mediana y alta complejidad.

### **Enfermedades No Transmisibles (ENT)**

- Aumento de la notificación de casos de cáncer de mama y cuello uterino, y enfermedades huérfanas.
- Producción de informes anuales de los eventos crónicos (cardiovascular, epoc y diabetes) mediante los registros individuales de prestación de 2016.
- Implementación de la vigilancia intensificada de microcefalia y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central, en el marco de la epidemia por el virus del Zika, para el estudio de la etiología de estos defectos y su relación con el virus del Zika.
- Plan de trabajo intersectorial para el uso controlado del flúor con base en el documento técnico "Perspectiva del uso del flúor vs. caries y fluorosis dental en Colombia"
- Capacitación a equipos extramurales del programa de atención en salud y nutrición para la atención y notificación comunitaria de niños con desnutrición aguda de la Alta Guajira.
- Construcción de la propuesta del sistema de alertas tempranas en desnutrición aguda en menores de cinco años.
- Consenso con expertos nacionales de Fecolsog, el Centro Latinoamericano de Perinatología (Clap), la OPS y el Ministerio de Salud y la Protección Social para la revisión y actualización del protocolo de vigilancia de la morbilidad materna extrema, ejemplo para la región.

### **Factores de riesgo ambiental**

- Realización de estudios epidemiológicos sobre la afectación en la salud y en el ambiente dados por el uso de mercurio en la minería de oro
- Fortalecimiento en la vigilancia de los factores de riesgo ambiental, calidad de aire y su implicación en enfermedades respiratorias.

### **Salud mental y lesiones de causa externa**

- Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos intento de suicidio y lesiones de causa externa.
- Continuidad del comité intersectorial de pólvora como escenario para la planeación y el control de las lesiones secundarias a su uso, con el proceso de re establecimiento de derechos de los niños con la Procuraduría.
- Asesoría y alianza estratégica con la Dirección de explosivos y guerra de minas del Ejército Nacional, para mejorar el registro de la vigilancia en salud pública de los lesionados por minas antipersonales y munición sin explosionar.

## ERIA y Plaguicidas

- Para el año 2016, se recibió un total de 1.501 radicados, relacionados con los trámites para la emisión de conceptos toxicológicos, dictámenes técnicos toxicológicos y las modificaciones a los mismos, los cuales han sido revisados en su totalidad con corte al mes de mayo de 2017.

## Enfermedades transmisibles - ZIKA y sus consecuencias

- Atención de emergencia sanitaria de zika con la caracterización de las lecciones encefálicas en productos de interrupción voluntaria del embarazo.
- Realización de análisis de laboratorio en el LNR que permitió identificar y describir los efectos teratogénicos del virus del Zika en Colombia, (análisis de 600 niños con microcefalia)
- Respuesta a la demanda de diagnóstico con la implementación de la triplex (Prueba que permite la detección de los virus dengue, Zika y chikunguña en una misma reacción).
- Actualización de la distribución nacional y susceptibilidad a la resistencia a insecticidas del vector de zika, (una enfermedad transmitida por el mismo vector del virus del Dengue y Chikungunya).
- Desarrolló en la capacidad para detección por histopatología e inmuno histoquímica de detección de virus del Zika y liderazgo en entrenamiento a patólogos de Brasil y México en lecciones cerebrales de fetos con apoyo del grupo de patólogos del CDC.
- Generación de Circular Técnica respecto a mecanismos de acción frente a Zika en la población de donantes de sangre.
- Autorización a terceros en diagnóstico de PCR para Zika, una vez aplicadas las listas de verificación de estándares de calidad.
- Apoyo al plan de respuesta de 64 brotes y eventos emergentes del MSPS con la realización los ensayos de alta complejidad. Estudio del efecto de la infección por virus ZIKA sobre la citomorfología, la neurobioquímica, y el neurodesarrollo en modelos in vivo e in vitro”,

Así mismo, la INS lideró los proyectos de investigación asociados a la respuesta de Zika en Colombia en colaboración con los CDC; entre los cuales están:

- Proyecto de Vigilancia Intensificada en mujeres embarazadas con Zika (VEZ).
- Zika en embarazadas y niños (ZEN)
- Síndromes neurológicos y SGB en Colombia durante la epidemia de Zika

## Otras enfermedades trasmisibles de interés en salud pública

- Vigilancia a los fármacos de segunda línea para verificar resistencia.
- Vigilancia por laboratorio de Sarampión - Rubéola de Colombia y Ecuador. Para mantener certificación Nacional. Ningún caso ha sido positivo.
- Desarrollo de Plan de contención de poliovirus en los laboratorios del país contener o destruir muestras potencialmente infecciosas de contener virus polio.
- Referente internacional ha procesado 122 muestras procedentes de los países para apoyar la vigilancia por laboratorio de las Parálisis Flácidas Agudas dentro del Plan de erradicación de la poliomielitis por virus polio para Colombia, Ecuador y Costa Rica.
- Realización de 44.540 pruebas de laboratorio para la vigilancia por laboratorio de la infección respiratoria aguda como respuesta a brotes

- Preparación técnica del LNR para la entrada de otros virus (hanta y arenavirus) al país, a través de la implementación de un estudio Piloto con la colaboración del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) y de la Universidad de Santander (UIS) y el Hospital Universitario de Santander.
- Desarrollo y Socialización a nivel nacional del nuevo modelo de diagnóstico de la Enfermedad de Chagas.
- Contribución y apoyo técnico y científico para que se otorgara la certificación Internacional a municipios priorizados de Colombia 2014-2021, en el marco del Plan de Interrupción de la transmisión intradomiciliaria *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*.
- Participación junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, del diseño y desarrollo de la ruta de atención integral del paciente con leishmaniasis (leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucocutánea y leishmaniasis visceral)
- Coordinación y liderazgo en el Programa de Evaluación Externa Directa del Desempeño (PEED), para el diagnóstico microscópico de Leishmaniasis a nivel de la Región de las Américas
- Realización de 14.797, ensayos bajo el marco de la vigilancia por laboratorio de enfermedades transmisibles como: Tos ferina, Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA), meningitis bacteriana, neumonía bacteriana, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), Infecciones de Transmisión Sexual, Síndrome febril bacteriano.
- Vigilancia por laboratorio de casos de rabia (164 muestras para diagnóstico).
- Ingreso en patología de 798, casos para diagnóstico de eventos de interés en salud pública (Dengue, IRAG, fiebre amarilla, rabia).

El INS a través de sus grupos, logró financiación para ejecutar proyectos enmarcados en enfermedades transmisibles como:

#### **Enfermedades No Transmisibles (ENT)**

- Tamización del hipotiroidismo congénito e información al sistema de vigilancia a través del Programa de control de calidad y evaluación del desempeño, que cubrió a 153 laboratorios privados y a nueve LDSP a través de control indirecto.
- Inicio del estudio para la implementación de la tecnología más avanzada en Tamizaje neonatal, la espectrometría de masas en tandem, con la participación de 10 hospitales del país, en los cuales se han tomado 12182 muestras de recién nacidos y se han procesado 5.150.
- A través del Grupo de Fisiología Molecular, se realizó modelamiento y análisis computacional de algunas características fisicoquímicas de enzimas críticas en el metabolismo para la biosíntesis de ácidos nucleicos en células tumorales. Así mismo, se obtuvieron resultados que sugieren que es posible la reprogramación cardíaca por pre-acondicionamiento isquémico y que la inducción de tolerancia a la hipoxia, puede estar mediada por microRNAs.

#### **Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Patología**

- Desarrolló del curso teórico práctico virtual para la toma de citología de cuello uterino, con la participación de funcionarios del país y participantes de Canadá, Ecuador, El Salvador, Francia, Honduras, Perú y Venezuela. Se asignaron 1.196 cupos de los cuales aprobaron 927 funcionarios.

#### **Salud ambiental-Agua**

- Resultados analíticos y el reporte de información para la vigilancia de individuos con riesgo de exposición a plaguicidas OF y C, asesoría técnica en las metodologías analíticas y captura de información resultante de la vigilancia.
- Apoyó en los análisis de Mercurio total en muestras ambientales y biológicas en el Proyecto de Vigilancia llevado a cabo en los Departamentos de Chocó, Vaupés y Nariño, a través del convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se llevaron a cabo proyectos enmarcados en salud ambiental, como:

- Evaluación de la exposición ocupacional y ambiental a bifenilos policlorados, y
- Evaluación epidemiológica de los efectos en salud por exposición ocupacional y ambiental a mercurio en el departamento de Chocó, Nariño y Vaupés, Colombia.

### **Seguridad alimentaria y nutricional**

El Instituto Nacional de Salud, con el grupo de Nutrición, ejecutó proyectos de investigación en las temáticas de nutrición, seguridad alimentaria y nutrición poblacional, entre los que se encuentran:

- Programa para el estudio y prevención de anemia en Colombia
- La Encuesta Nacional de Situación Nutricional y Alimentaria Colombia
- Las Encuestas Nacionales de Salud en Pueblos Indígenas
- Efecto de prácticas alimentarias de gestantes, sus hijas e hijos hasta 24 meses de edad, sobre el estado nutricional, en una población atendida por la Secretaría Distrital de Integración Social de Bogotá,
- Conocimientos, percepciones, comprensión y uso de formatos de etiquetado nutricional, en las elecciones de alimentos de consumidores en hogares de Colombia.

La ejecución de estos proyectos ha generado diferentes productos y resultados como el proyecto de etiquetado nutricional que brindó información útil para el proyecto de ley liderado por el Ministerio de Salud, que pretende modificar el formato de etiquetado nutricional para alimentos envasados y que va a contribuir a la selección y compra informada de alimentos saludables. De igual manera, el enfoque mixto en proyectos de investigación en alimentación y nutrición ha servido de soporte para política pública, es el caso de la validación de las guías alimentarias para la población colombiana mayor de dos años, proceso liderado y publicado por el ICBF en 2016. Así mismo, se hizo divulgación de resultados publicando nueve libros en 2016, con información del contexto alimentario y situación nutricional de nueve pueblos indígenas de Colombia (realizados entre 2014 y 2016), en conjunto con el ICBF, el Ministerio del Interior, el DANE y el PMA.

### **Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud-Trasplantes de componentes anatómicos**

- Seguimiento al comportamiento de la actividad de donación y trasplantes en, alertas de posibles donantes del protocolo de muerte encefálica, potenciales donantes detectados con este diagnóstico, donantes reales lo cual mostró una tasa de donación por millón de población de 7.0
- Seguimiento a la lista de espera para trasplante de órganos sólidos, lo cual mostró que, en 2016, se realizaron 1.059 trasplantes de órganos sólidos, con una la tasa de trasplante del país durante de 21.7 p.m.p.
- Seguimiento a la calidad y oportunidad en el ingreso y reporte de pacientes en lista de espera a través del Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes RedData INS, que con corte a 31 de mayo de 2017, se comporta de la siguiente forma: lista de espera de corazón 38; lista de espera de hígado: 138, pacientes en lista de espera para trasplante renal: 2383.

- Implementación del aplicativo en línea “Expresar su Voluntad en la Donación de Órganos y Tejidos”, de acuerdo a la ley 1805 de 2016.

### Seguridad y disponibilidad de sangre y componente sanguíneo

- Incremento en la donación voluntaria y repetida, pasando de 19,5% en 2015 a 21,3% en 2016.

### Desarrollo del talento humano en salud

- Fortalecimiento al talento humano del INS, con 110 capacitaciones en los diferentes temas específicos de los grupos.
- Fortalecimiento a la red de laboratorios, con 60 capacitaciones en temas relacionados con: Zika, Chagas, Leishmania, TB, lepra, S pneumoniae, H Influenza, N meningitidis, agentes bacterianos, toma de muestras de agua para consumo humano, manejo de plaguicidas, toma de muestras para citología, sarampión y rubeola, malaria, toxoplasma y manejo de información geográfica para vigilancia entomológica de vectores de arbovirosis,

### Prevención y atención de emergencias

- Avance en la implementación del Centro Operativo de Emergencias – COE, en salud pública que logró el control de emergencias en salud pública y la evaluación de necesidades en salud del desastre natural ocurrido en Mocoa, así como otros brotes y epidemias Acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas por el INVIMA
- Apoyo en la emergencia de Mocoa con el análisis físico-químico de muestras de agua y la caracterización fenotípica de muestras biológicas y de agua recuperadas por el evento de ETA.
- Apoyo en la detección de influenza y otros virus respiratorios (136 pruebas moleculares) e insumos necesarios para la recolección de muestras.

## 6.3 Acciones de IVC de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

La Inspección, Vigilancia y Control – IVC ejercida por la SNS, sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, se sustenta principalmente en un enfoque de riesgos, el cual permite, de manera permanente, el monitoreo al manejo integral del riesgo por parte de todos los actores del sistema de salud.

Para fortalecer dicho enfoque, constantemente se elaboran estudios, se construyen herramientas y metodologías que abarcan todos los frentes de desempeño de los vigilados. Entre estas, en el período del informe se destacan:

- **Metodología Indicador Integral de la Garantía del Derecho a la Salud:** En estas metodologías se diseñó un indicador que incluye mediciones de los criterios contenidos en la sentencia T-760 de 2008, este indicador además incluye los componentes explicados en la Metodología de Evaluación de Desempeño Integral de las EPS, los cuales se agregan con un promedio geométrico.
- **Metodología para el Análisis de Retiro de EPS:** Esta metodología permite evaluar la solicitud de retiro voluntario de una EPS, a través del análisis de cuatro tópicos fundamentales: i) Participación de la afiliación intra-municipio; ii) Concentración de morbilidad (Alto Costo); iii) Situación financiera a partir de cuentas por cobrar (radicadas) per cápita y iv) Situación de las EPS restantes en el municipio donde se solicita el retiro. Es importante resaltar que esta metodología es un apoyo, más no busca ser una decisión final acerca del

retiro o no de una entidad aseguradora. La disposición final debe estar acompañada de un análisis integral, por ejemplo, auditorías in situ.

- **La Supervisión Basada en Riesgos:** Se fortalece la supervisión por cumplimiento con la supervisión basada en riesgos. Este tipo de supervisión es de carácter prudencial, lo cual permite identificar los principales riesgos que atentan contra los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, de manera que se puedan mitigar los efectos antes de que se materialicen los eventos de riesgo.

### Protección a los usuarios

Cumpliendo el objetivo estratégico de protección a los usuarios del sistema, la Superintendencia desplegó las siguientes actividades:

- Se capacitaron **1.615** personas en derechos y deberes en salud
- Se promovieron **138** espacios para la capacitación y el desarrollo del control social en salud, con un registro de **5.886** asistentes, con una inversión de \$601 millones.
- Se tramitaron **847.616** Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Solicitudes de Información- PQRDS, en lo cual se invirtieron recursos por \$3.572 millones.
- Se implementaron estrategias de participación ciudadana, dirigidas a la población víctima de violencia sexual en el marco del conflicto armado.
- Se realizaron **247** visitas de inspección a nivel Nacional.
- Se aplicó la metodología de evaluación desempeño de las EPS en la atención al usuario, teniendo como fuente de información las PQRD, encuestas de calidad y oportunidad, y número de afiliados (SISPRO)
- Se hizo presencia institucional a nivel nacional en **57** puntos de atención, **6** regionales y el Centro de Atención al Ciudadano Bogotá, actividad en la que se invirtieron \$2.857 millones.
- Se realizó la validación, socialización, acompañamiento y seguimiento a la conformación de **32** COPACOS en entidades territoriales, municipales y distritales capitales de departamento.

### Acciones de inspección y vigilancia

En el marco de las funciones de inspección y vigilancia, durante el segundo periodo 2016, se realizaron 388 auditorías y visitas a sujetos vigilados y de enero a mayo del 2017, se realizaron 129.

Dentro de estas actividades se resalta el seguimiento al cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 del 2008 y en los autos 044 y 260 de 2012, en donde se verificó la oportunidad en autorización de servicios incluidos y excluidos del Plan de Beneficios, oportunidad en la prestación de servicios de alto costo incluida población menor de edad, cobro de copagos o cuotas moderadoras de manera irregular, negación en la prestación de servicios ordenados por tutelas, negación de servicios ordenados por médicos no adscritos a la red, autorización inoportuna o negación en la entrega de insumos, negación de afiliaciones y traslados, negación de servicios y manutención y transporte cuando el afiliado debe trasladarse a otro lugar, negación en el pago de incapacidades.

### Acciones de control

La política sancionatoria de la SNS está orientada a ejercer control en los temas más relevantes para el funcionamiento del sistema y que ponen en riesgo la vida y salud de los colombianos, como son: la prestación de servicios de salud y el flujo de recursos, sin dejar de lado los temas de reporte de información, incumplimiento de instrucciones de la Superintendencia y otro tipo de incumplimientos. Es así como durante el periodo comprendido entre junio de 2016, al corte de mayo de 2017, se impusieron 1.107 sanciones a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por más de \$63 mil millones de pesos.

**Tabla No. 55. Total sanciones impuestas por categoría**

SANCIONES IMPUESTAS POR CATEGORIA	
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (Incluye prestación de servicios de salud POS, NO POS, SALUD PÚBLICA, ACCIONES DE DETECCIÓN TEMPRANA, PROTECCION ESPECIFICA, TEMAS DE HABILITACION, DESNUTRICION INFANTIL, MADRE GESTANTE y otros temas relacionados)	\$ 44.119.928.467,00
REPORTE DE INFORMACIÓN (Incluye incumplimiento reporte de información, instrucciones SNS, carta de derechos y deberes y otros temas relacionados)	\$ 8.580.987.000,00
FLUJO DE RECURSOS (Incluye cartera, Circular 30, Saneamiento y otros temas relacionados)	\$ 10.960.712.637,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 63.661.628.104,00</b>

Fuente. Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos–Supersalud

En materia de prestación de servicios de salud se destacan sanciones por fallas en la prestación de servicios de salud y diversas fallas e inoportunidad en la prestación de servicios de salud, en materia de flujo de recursos las sanciones contra EPS por incumplimiento del mecanismo de giro directo para el pago a los prestadores de servicios de salud-IPS y, de otra parte, aquellas contra IPS por incumplimientos relacionados con irregularidades en el pago del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT.

### Adopción y seguimiento de medidas especiales

Como resultado del ejercicio de seguimiento y monitoreo permanente al desarrollo de las medidas especiales, así como de las funciones de inspección, vigilancia y control ejercido por las demás áreas misionales de la Entidad, con corte a 31 de mayo de 2017, la situación del sector fue la siguiente:

**Tabla No. 56. Entidades bajo medidas especiales**

MEDIDAS APLICADAS	N° Entidades Mayo de 2016	N° Entidades Mayo de 2017
Intervención forzosa administrativa para administrar	5	5
Intervención forzosa administrativa para liquidar	13	4
Vigilancia especial	8	20
Programa de recuperación	4	7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>36</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

El 6 de septiembre de 2016, se expidió la Resolución 2599 de 2016, “por medio de la cual se dictan disposiciones relacionadas con la inscripción, designación, fijación de honorarios, posesión, funciones, obligaciones, seguimiento, sanciones, reemplazo y otros asuntos de los agentes interventores, liquidadores y contralores de las entidades objeto, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de las medidas especiales de toma de posesión e intervención forzosa administrativa y las medidas especiales previstas en el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015”. Esta Resolución permite estructurar claramente el proceso de registro de agentes especiales, logrando mayor transparencia y control en la designación. Así las cosas, mediante la Resolución No 1577 del 19 de mayo de 2017, se establecieron las condiciones de la primera convocatoria y se puso a disposición el nuevo aplicativo web que permita el registro de liquidadores, contralores e interventores. En febrero de 2017, salió en producción el aplicativo “Fénix”, cuyo propósito es realizar el seguimiento en línea a la gestión de los agentes interventores, liquidadores y contralores, como también a los gerentes responsables de la administración de la entidad en medida especial. El instrumento ofrece el análisis de la gestión de una forma transparente y oportuna, de igual forma brinda a la Entidad datos confiables y permanentes que posibilitan la toma de decisiones más acertadas.

### Administración de Justicia y Resolución de Conflictos dentro del S.G.S.S.S.

### **Función de Conciliación Extrajudicial.**

A través de esta función la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) ha logrado acuerdos de pago de las deudas existentes entre entidades responsables (EPS y ET -entidades territoriales) y las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública y privada, lo que contribuye a la normalización del flujo de los recursos del S.G.S.S.S, tal como se muestra a continuación:

**Tabla No. 57. Valor de Acuerdos Conciliatorios junio a diciembre de 2016 - enero a mayo 2017.**

Periodo	VALOR EN MILES DE \$
Junio - diciembre 2016	185.830.020
Enero - mayo 2017	164.031.818
<b>TOTAL</b>	<b>349.861.838</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

### **Función Jurisdiccional**

Durante el periodo analizado, la Superintendencia Nacional de Salud ha proferido 1.365 sentencias, a través de las cuales se reconocen los derechos de los usuarios y en general de los actores del SGSSS, dichas sentencias se centran principalmente en incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, reconocimiento de prestaciones económicas.

### **6.4 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes-FNE**

El Fondo Nacional de Estupefacientes, también tiene la misión de implementar a nivel nacional las medidas de Inspección, Vigilancia y Control derivadas de los compromisos internacionales del país que emanan de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, así como de la normatividad nacional en la materia: Ley 30 de 1986, Decreto 3788 de 1986 y Resolución N° 1478 de 2006 del hoy Ministerio de Salud.

En el marco de esa gestión, la entidad tiene definidos 13 trámites cuyo comportamiento entre el 2016 y 2017 se presenta a continuación:

**Tabla No. 58. Trámites del FNE**

Tipo de trámite	2016 Junio a Diciembre	2017* Enero a Mayo
Inspección previa al levante de las sustancias sometidas a fiscalización, productos y/o medicamentos que las contengan por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes.	507	376
*Formalización de la importación de mercancías fiscalizadas	462	275
*Certificado de importación de sustancias y/o medicamentos sometidos a fiscalización	515	405
Liberación y/o endoso de documento de transporte	4	0
*Inscripción, renovación, ampliación, modificación para realizar cualquier tipo de actividad relacionada con el manejo de materias primas de control especial y/o medicamentos que las contengan.	502	225
*Certificado de exportación de materias primas de control especial y/o medicamentos de control especial	123	90
*Autorización de compra y venta local de sustancias sometidas a fiscalización importadas a través del Fondo Nacional de Estupefacientes	93	60
Visto bueno del Fondo Nacional de Estupefacientes para la aprobación de licencia de importación	977	759

Tipo de trámite	2016 Junio a Diciembre	2017* Enero a Mayo
Transformación de sustancias sometidas a fiscalización o medicamentos que las contengan	484	205
Previsiones ordinarias y suplementarias para importar materias primas y/o medicamentos de control especial	288	74
Destrucción de sustancias fiscalizadas y/o medicamentos que las contengan	101	63

Fuente: Construcción FNE

\*Cifras a 31 de mayo 2017

Así mismo, se adelantan gestiones para la racionalización de los trámites de compra local y certificados de importación como meta para 2017, habiéndose cumplida la meta de 2016 con el trámite de formalización.

También en el segundo semestre de 2016 se reconfirmó el comité de provisiones de la entidad, como órgano colegiado para el estudio de las solicitudes de cupos de importación que anualmente tramita la industria farmacéutica. Dicha medida permite estudiar y asignar con transparencia y criterio técnico cada cupo solicitado.

Se implementó un plan de auditorías focalizadas en entidades donde se establece que hay mayor probabilidad de desvío a fines ilícitos de las sustancia controladas, de esta forma se priorizan recursos y la inspección, vigilancia y control resulta más efectiva. En tal sentido el plan de acción para el 2017 se formuló y ejecuta alrededor de las empresas y distribuidores de medicamentos veterinarios y las empresas que importan, almacenan y usan sustancias precursoras de drogas.

Fruto de la articulación con los gremios, se planteó para 2017 una agenda de capacitación liderada por la ANDI dirigida a las autoridades locales de diferentes ciudades estratégicas a fin de dar a conocer y relevar el impacto en la salud pública de la desviación, contrabando y falsificación de los medicamentos de control especial. Con corte a 31 de mayo de 2017 se ha realizado capacitación en Cali, Medellín, Cúcuta y Barranquilla.

## 7. GESTIÓN SECTORIAL

### 7.1 Ejecución presupuestal del sector

Para el 2016, el total de recursos apropiados para el sector salud, ascendieron a la suma de \$13.9 billones, de los cuales se comprometió el 99.5%. Estos recursos se distribuyeron así: \$ 4,7 billones (34%) para inversión y los restantes \$ 9,17 billones (66%), para funcionamiento.

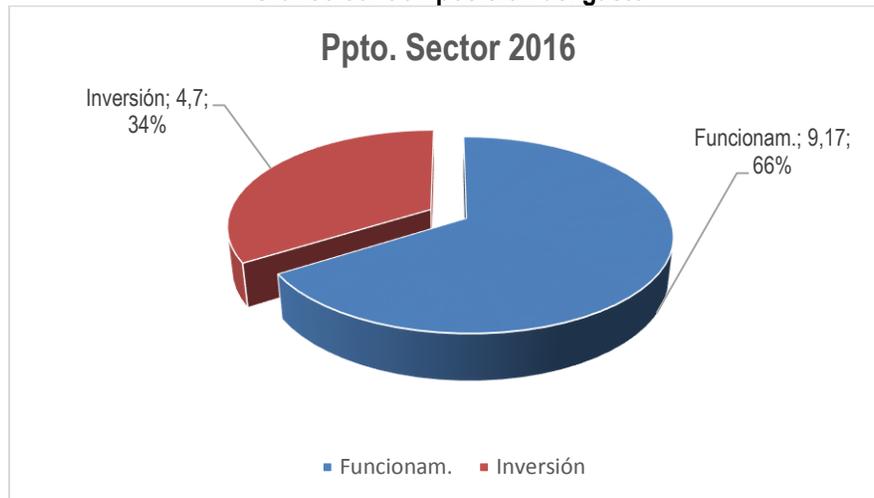
**Tabla No. 59. Apropriación Presupuestal por Entidad – 2016 (millones de pesos)**

ENTIDAD	FUNC.	INVER.	TOTAL
MSPS	484.493	324.520	809.013
FNE	17.007	580	17.587
INC	42.316	3.120	45.436
CONTRATACIÓN	12.363		12.363
AGUA DE DIOS	33.771	737	34.508
FEDERICO LLERAS	3.509		3.509
DIR. FONDOS	7.647.286	4.256.229	11.903.515
INS	31.345	18.561	49.906
SUPERSALUD	84.891	44.313	129.204
INVIMA	100.606	34.990	135.596
FONPRECON PN	268.922		268.922
FERROCARRILES SALUD	184.359		184.359
FERROCARRILES PN	330.836		330.836
<b>TOTAL SECTOR</b>	<b>9.241.704</b>	<b>4.683.050</b>	<b>13.924.754</b>

Fuente: SIIF. Cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social (cifras en millones de pesos)

Del presupuesto total el 85,5%, se encuentra concentrado en la Dirección de Administración de Fondos.

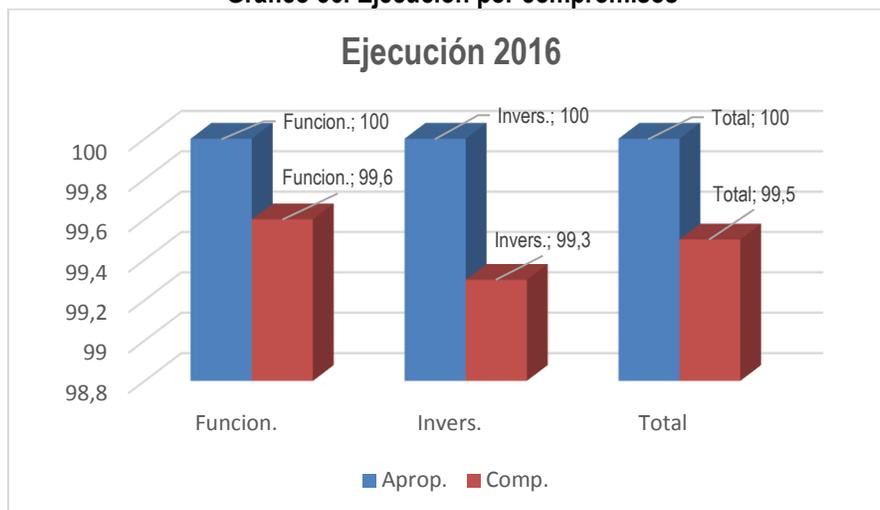
**Gráfico 35. Composición del gasto**



Fuente: SIIF. Cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social (Cifras en billones de pesos)

En cuanto a la ejecución, en término de compromisos, al final de la vigencia se obtuvo que, para el rubro de funcionamiento se logró el 99.6% y para inversión el 99.3%, para un total del sector de 99.5%.

**Gráfico 36. Ejecución por compromisos**



Fuente: SIIF. Cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla No. 60. Apropriación y Ejecución Presupuestal por Entidad – 2017 (millones de pesos)**

Entidad	Apropiación inicial		Compromisos (Julio 24)	
	Funcionamiento	Inversión	Funcionamiento	Inversión
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	559.613,96	401.386,04	358.662,70	275.902,17
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	21.622,95		11.209,74	
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	41.498,36	2.383,51	24.128,92	1.561,33
SANATORIO DE CONTRATACION	12.656,82		6.756,37	
SANATORIO DE AGUA DE DIOS	35.299,61	594,83	20.689,06	594,71
CENTRO DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA	3.728,85		1.873,54	
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	12.394.060,29	64.354,96	7.288.404,03	631,34
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)	30.337,20	23.766,70	18.512,26	8.909,92
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	87.569,27	51.983,45	50.729,87	26.993,27
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA	115.377,22	42.000,00	60.674,04	24.087,36
FONDO DE PREVISION SOCIAL DEL CONGRESO - PENSIONES	284.878,21	1.050,00	144.772,20	31,39
FONDO DE PREVISION SOCIAL DEL CONGRESO - CESANTIAS Y VIVIENDA	4.807,58		1.445,29	
FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCAR. NACIONALES DE COLOMBIA - SALUD	197.690,32		163.992,14	
FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCAR. NACIONALES DE COLOMBIA - PENSIONES	348.068,79		191.865,75	
<b>TOTAL</b>	<b>14.137.209,42</b>	<b>587.519,48</b>	<b>8.343.715,90</b>	<b>338.711,48</b>

Fuente: SIIF. Cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social (cifras en millones de pesos)

De acuerdo con este resultado, el sector salud fue reconocido como el **mejor ejecutor** de recursos apropiados a través del Presupuesto General de la Nación (PGN) para la vigencia fiscal 2016. Esta distinción es un logro de todos los que hacen parte de este sector y denota el compromiso, seriedad y responsabilidad con la que se planea, ejecuta y se hace seguimiento a los recursos asignados por la Nación para la salud.

Se destacan, entre otros, la utilización de los recursos de la Nación empleados en la financiación del aseguramiento del régimen subsidiado, los correspondientes a las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) con destino diferente al aseguramiento (por ejemplo para la salud pública, la prestación de servicios en las regiones y el pago de los aportes patronales de los hospitales públicos), la inversión en los programas de vacunación y el pago de las becas crédito para médicos residentes que se encuentran estudiando una especialidad prioritaria para el país.

Según la entidad ejecutora, se destacaron la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología y el Sanatorio Agua de Dios, con indicadores de ejecución del 99.9%, 99.9% y 99.7% %, respectivamente. Por su parte el Ministerio de Salud-Gestión General cerró con un indicador de 97.4%. Es el resultado más alto desde 2012.

El sector consolida así un importante avance en esta materia y que inició desde el año 2012 en el que la ejecución apenas superaba el 92,7%% de los recursos apropiados. Este hecho, además, genera el compromiso para que en la vigencia actual se mantenga como referente de buena gestión para el resto de sectores que componen el nivel nacional.

La Vigencia 2017, con respecto de la 2016, presenta una modificación sustancial en la estructura presupuestal; en la actual vigencia se incrementan los Gastos de Funcionamiento – Transferencias, en sustitución de los recursos de los proyectos de inversión a cargo de la Dirección de Administración de Fondos, que financiaban el régimen subsidiado.

**Gráfico 37. Ejecución por compromisos**



Fuente: SIF. Cálculos propios Ministerio de Salud y Protección Social

Los gastos de funcionamiento se encuentran en un nivel de ejecución del 59%, adecuado al avance cronológico de la vigencia. En cuanto a los Gastos de Inversión, como consecuencia de la adición presupuestal (Ley 1837 de 2017), la ejecución disminuyó al 57,7%. En su conjunto, la ejecución presupuestal total se ubica en el 59%, con corte a julio 24 del año en curso.

## 7.2 Otras acciones institucionales de gestión

### Sanatorio de Agua de Dios ESE

La programación presupuestal de cada vigencia fiscal se efectúa acorde con los lineamientos fijados cada año a través de circular externa emitida por la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (DGPPN-MHCP) y la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del Departamento Nacional de Planeación (DIFP-DNP). La ejecución presupuestal de ingresos durante las vigencias fiscales de 2016 y 2017 y sus variaciones, fueron:

**Tabla No. 61. Ejecución presupuesto de ingresos Sanatorio de Agua de Dios**

Cifras en millones de \$

CONCEPTOS	2016			2017-Mayo			VARIACIONES 2017 VS. 2016	
	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	
							Absoluta	Relativa
Disponibilidad Inicial	512,3	191,6	37,4%	649,3	421,2	64,9%	137,0	26,7%
Venta de servicios a usuario final	455,0	420,8	92,5%	450,0	144,8	32,2%	-5,0	-1,1%
Venta de servicios a otras empresas	2.660,0	3.555,4	133,7%	3.140,0	842,0	26,8%	480,0	18,0%
Otros ingresos de explotación	1.893,0	900,1	47,5%	1.438,8	466,4	32,4%	-454,2	-24,0%
Aportes	34.852,7	34.489,4	99,0%	36.137,2	14.416,7	39,9%	1.284,5	3,7%
Ingresos de capital	4,7	8,0	170,8%	11,7	13,5	115,6%	7,0	148,9%
<b>TOTAL</b>	<b>40.377,7</b>	<b>39.565,3</b>	<b>98,0%</b>	<b>41.826,9</b>	<b>16.304,6</b>	<b>39,0%</b>	<b>1.449,2</b>	<b>3,6%</b>

Fuente: Sanatorio Agua de Dios

El Sanatorio de Agua de Dios, E.S.E., tiene dos fuentes de ingreso para financiar la totalidad de sus gastos: los aportes del Presupuesto General de la Nación, los cuales en 2017 representan el 87,1% del presupuesto total y los recursos propios que equivalen al 12,9%.

El presupuesto de ingresos de 2017, respecto del definitivo de 2016, presenta un incremento del 3,6%, lo cual equivale a \$1.449,2 millones, presentando mayor incidencia absoluta en los aportes del Presupuesto General de la Nación.

La ejecución presupuestal de gastos durante las vigencias fiscales de 2016 y 2017 y sus variaciones, fueron las siguientes:

**Tabla No. 62. Ejecución presupuesto de gastos – Sanatorio de Agua de Dios**

Cifras en millones de \$

Concepto	2016			2017-Mayo			VARIACIONES 2017 VS. 2016	
	Ppto. Definitivo	Compromisos acumulados	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Compromisos acumulados	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	
							Absoluta	Relativa
Gastos de Personal	9.572,0	9.408,9	98,3%	9.628,5	4.066,8	42,2%	56,5	0,6%
Gastos Generales	2.622,3	2.123,7	81,0%	2.598,6	1.287,7	49,6%	-23,7	-0,9%
Transferencias Corrientes	23.939,0	23.927,7	100,0%	25.562,4	10.714,2	41,9%	1.623,4	6,8%

Concepto	2016			2017-Mayo			VARIACIONES 2017 VS. 2016	
	Ppto. Definitivo	Compromisos acumulados	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	Compromisos acumulados	Nivel de ejecución	Ppto. definitivo	
							Absoluta	Relativa
Operación comercial	1.660,8	1.401,0	84,4%	1.437,4	1.041,7	72,5%	-223,5	-13,5%
Inversión	2.173,0	2.146,7	98,8%	2.065,8	2.012,2	97,4%	-107,2	-4,9%
Cuentas por pagar y reservas presupuestales	351,3	334,1	95,1%	247,3	247,3	100,0%	-104,0	-29,6%
Disponibilidad Final	59,2	,0	0,0%	286,9	,0	0,0%	227,7	385,0%
<b>TOTAL</b>	<b>40.377,7</b>	<b>39.342,0</b>	<b>97,4%</b>	<b>41.826,9</b>	<b>19.370,1</b>	<b>46,3%</b>	<b>1.449,2</b>	<b>3,6%</b>

Fuente: Sanatorio Agua de Dios

El presupuesto de gastos de 2017, respecto del definitivo de 2016, presenta un incremento del 3,6%, lo cual equivale a \$1.449,2 millones con mayor impacto absoluto en los rubros de transferencias corrientes.

## Instituto Nacional de Salud – INS

**Tabla No. 63. Ejecución presupuestal al 31 de diciembre de 2016**

Cifras en millones de pesos

	APROPIACION INICIAL	*APROPIACIÓN DEFINITIVA	EJECUTADO	% DE EJECUCION
<b>FUNCIONAMIENTO</b>	31.463	31.345	29.526	94%
<b>INVERSIÓN</b>	20.076	18.561	18.330	99%
<b>TOTAL</b>	<b>51.539</b>	<b>49.906</b>	<b>47.857</b>	<b>96%</b>

Fuente: Instituto Nacional de Salud - INS

**Tabla No. 64. Ejecución presupuestal a mayo 31 de 2016.**

CONCEPTO	APROPIACIÓN VIGENTE	EJECUTADO A LA FECHA	% DE EJECUCIÓN
<b>FUNCIONAMIENTO</b>	<b>30.337.197.000,00</b>	<b>11.463.329.542,72</b>	<b>37,79%</b>
GASTOS DE PERSONAL	26.695.400.000,00	9.933.220.943,00	37,21%
GASTOS GENERALES	2.634.797.000,00	1.530.108.599,72	58,07%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.007.000.000,00		0,00%
<b>INVERSIÓN</b>	<b>13.766.699.585,00</b>	<b>7.616.324.334,14</b>	<b>55,32%</b>
CONSTRUCCIÓN	1.784.138.390,00	165.790.652,00	9,29%
PRODUCCIÓN	2.412.546.400,00	1.038.100.830,31	43,03%
RENOVACIÓN TECNOLÓGICA	1.957.491.600,00	1.638.399.263,01	83,70%
SISTEMAS	967.610.800,00	410.290.569,09	42,40%
VIGILANCIA	2.426.190.800,00	1.943.928.676,00	80,12%
OBSERVATORIO	460.000.000,00	381.758.400,00	82,99%
INVESTIGACIÓN	1.067.534.000,00	632.315.178,00	59,23%
NUTRICIÓN	170.858.000,00	83.812.645,00	49,05%
REDES	2.520.329.595,00	1.321.928.120,73	52,45%
<b>TOTAL</b>	<b>44.103.896.585,00</b>	<b>19.079.653.876,86</b>	<b>43,26%</b>

Fuente: Instituto Nacional de Salud - INS

## Fondo de Previsión Social del Congreso - FONPRECON

### Gestión presupuestal

Se presenta a continuación el consolidado de ejecución presupuestal de gastos a diciembre de 2016 y las discriminaciones por rubros generales de cada uno de sus componentes, así:

**Tabla No. 65. Ejecución presupuestal al 31 de diciembre de 2016**

Cifras en millones de pesos

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS 2016 – A diciembre 31 (\$ Millones)				
DESCRIPCIÓN	APROPIACIÓN DEFINITIVA	COMPROMISO	PAGOS	%
Gastos de Personal	4.977,8	4.925,3	4.916,4	98,95
Gastos Generales	1.025,8	972,5	902,3	94,80
Trasferencias	264.139,6	250.437,6	250.434,1	94,81
<b>TOTAL PENSIONES</b>	<b>270.143,2</b>	<b>256.335,4</b>	<b>256.252,8</b>	<b>94,89</b>
Cesantías	4.807,6	3.318,5	3.084,1	69,03
<b>TOTAL CESANTÍAS</b>	<b>4.807,6</b>	<b>3.318,5</b>	<b>3.084,1</b>	<b>69,03</b>
<b>TOTAL</b>	<b>274.950,2</b>	<b>259.654,0</b>	<b>259.337,0</b>	<b>94,44</b>

Fuente: Grupo Gestión Financiera - FONPRECON

A mayo 30 de 2017, la ejecución presupuestal de gastos asciende a \$ 97.626 millones, de un total apropiado para esta vigencia de \$ 290.735,8 millones, lo cual representa un índice de ejecución presupuestal del 33.5%, acorde con el avance de la anualidad en curso.

### Gestión contable

El resultado de la Gestión Contable y Financiera es revelado en los Estados Financieros publicados en la página WEB de FONPRECON. A continuación, se grafican los rubros más significativos de la gestión contable a 31 de marzo de 2017, comparada con la del primer trimestre de 2016.

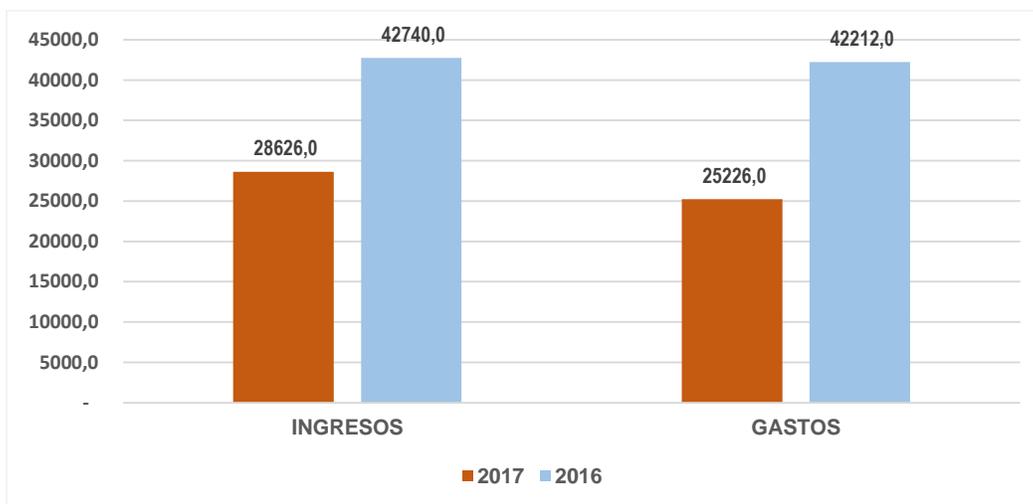
**Gráfico No. 38. Balance General Consolidado. (a 31 de marzo 2016 – 2017)**  
(\$ millones)



Fuente: Grupo Gestión Contable - FONPRECON

En los Estados Financieros Consolidados de FONPRECON, tanto el activo, pasivo como el patrimonio mantienen su promedio general a pesar de haber realizado los ajustes ordenados por la resolución de la Contaduría General de la Nación –CGN 634 de diciembre 19 de 2014. Igualmente se realizó la reducción de los ingresos por cuotas partes pensionales ordenados por el artículo 78 de la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo).

**Gráfico No. 39. Estado de actividad financiera, económica y social a 31 de marzo 2016 - 2017 (\$ Millones)**



Fuente: Grupo Gestión Contable – FONPRECON

La menor participación de la Nación en el pago de las mesadas pensionales impacta en la disminución de los ingresos debido al menor recaudo de recursos con motivo del ajuste de las cuotas partes pensionales por cobrar en lo correspondiente al artículo 78 de la Ley 1753 de 2015 (PND), continuando con la gestión del cobro de cartera, tanto en persuasivo como coactivo, por cotizaciones, cuotas partes y cuotas partes de bonos pensionales.

Los gastos de FONPRECON presentan disminución alineada con la política de austeridad del Gobierno Nacional, continuando en aplicación de la Sentencia C-258, proferida por la Honorable Corte Constitucional en mayo de 2013, y en cumplimiento de la misma, ha mantenido la disminución de los gastos de operación de la entidad.

### Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Para el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, la ejecución presupuestal es una meta prioritaria y es así que del total del presupuesto se ha logrado una ejecución del 97.98% respecto a las obligaciones tramitadas al ejecutar \$504,793 millones de pesos de un total disponible de \$515,195 millones de pesos luego de traslados, convenios interadministrativos y aplazamientos para la vigencia; frente a los compromisos la ejecución fue de \$511,769 existiendo una diferencia entre las dos cifras comparadas del 1.3 %.

Observando la ejecución presupuestal por unidades, según el objeto de gasto tenemos: para la unidad Pensiones el resultado es de una ejecución presupuestal según las obligaciones \$ 326,321 millones de pesos que respecto al presupuesto disponible alcanzó el 98.64% y frente a los compromisos sólo se da una variación menor al 1%. En la unidad salud la ejecución de las obligaciones fue de \$178,471 millones de pesos, que representa el 96.81% de la apropiación disponible y frente a los compromisos la diferencia es del 2,74%. Cumplimiento que se considera altamente

satisfactorio teniendo en cuenta que esta depende de la variación objeto a la que se le cancela las mesadas pensionales y se prestan los servicios de salud.

Ejecución Presupuestal a mayo 31 de 2017: A corte mayo 31 del año 2017, del total del presupuesto, se ha tramitado un 33% correspondiente a las obligaciones por valor de \$174,787 millones de pesos, de un valor total apropiado de \$528,480 millones de pesos, con respecto a los compromisos que se han venido ejecutando por valor de \$285,469 millones, quedando un porcentaje por obligar de 20,94%.

La ejecución presupuestal por unidades, según el objeto de gasto tenemos: para la unidad Pensiones el resultado es de una ejecución presupuestal según las obligaciones por valor de \$118,627 millones de pesos, que respecto al presupuesto disponible ha alcanzado el 34.62% y frente a los compromisos se ha alcanzado una variación del 1.28%. En la unidad salud la ejecución de las obligaciones ha sido de \$56,159 millones de pesos, que respecto al presupuesto disponible ha alcanzado el 30.23% y frente a los compromisos la diferencia es del 57.21%. Cumplimiento que se viene ejecutando para el transcurso de la Vigencia 2017.

### Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA

El Invima como entidad pública y autoridad sanitaria ha ejecutado su presupuesto de funcionamiento e inversión para actividades de inspección vigilancia y control como aporte a la protección y promoción de la salud de los colombianos. En la vigencia 2016 se ejecutó del 94%, en términos de recursos obligados, superando el 87% alcanzado en 2015, mientras que en lo que va de la vigencia 2017, con corte a 31 de mayo, se ha comprometido un total de 41%, tal como se señala a continuación:

**Tabla No. 66. Ejecución presupuesto INVIMA 2016-2017**

Vigencia 2016			Vigencia 2017		
Apropiación vigente		Obligación	Apropiación vigente		Compromiso
Funcionamiento	\$100.646.413.500	96%	Funcionamiento	\$115.377.219.000	38%
Inversión	\$ 34.989.995.800	90%	Inversión	\$ 42.000.000.000	49%
<b>Total</b>	<b>\$135.636.409.300</b>	<b>94%</b>	<b>Total</b>	<b>\$157.377.219.000</b>	<b>41%</b>

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA

### Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

**Tabla No. 67. Ejecución presupuestal de gastos del 1 de junio al 31 de diciembre de 2016**

(Cifras en miles de pesos)

PRESUPUESTO	APROPIACION DEFINITIVA	COMPROMISOS		OBLIGACIÓN		PAGOS
FUNCIONAMIENTO	\$ 87.775.273	\$ 40.762.417	47%	\$ 51.107.889	58%	\$ 49.220.455
INVERSIÓN	\$ 44.312.988	\$ 24.540.137	60%	\$ 27.557.817	62%	\$ 20.238.801
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 132.088.261</b>	<b>\$ 65.302.554</b>	<b>52%</b>	<b>\$ 78.665.706</b>	<b>60%</b>	<b>\$ 69.459.256</b>

Fuente: Secretaría General SNS

**Tabla No. 68. Ejecución presupuestal del 1 de enero al 31 de mayo de 2017**

(Cifras en miles de pesos)

PRESUPUESTO	APROPIACION VIGENTE	COMPROMISOS		OBLIGACIÓN		PAGOS
FUNCIONAMIENTO	\$ 84.889.273	\$ 37.759.205	44%	\$ 27.683.357	33%	\$ 27.677.911
INVERSIÓN	\$ 51.983.451	\$ 24.571.586	47%	\$ 3.333.542	6%	\$ 3.327.540
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 136.872.723.889</b>	<b>\$ 62.330.792</b>	<b>46%</b>	<b>\$ 31.016.899</b>	<b>23%</b>	<b>\$ 31.005.451</b>

Fuente: Secretaría General SNS

**Tabla No. 69. Gestión Contractual** (Cifras en miles de pesos)

Modalidad	Procedimiento/Causal	2016		2017	
		Del 01/06/2016 al 31/12/2016		Del 01/01/2017 al 31/05/2017	
		Cantidad	Valor (Incluye modificac.)	Cantidad	Valor (Incluye modificac.)
<b>Licitación Pública</b>	Licitación Pública	9	8.681.734	1	814.907
<b>Selección Abreviada</b>	Selección Abreviada	35	13.326.615	21	6.302.030
<b>Concurso de Méritos</b>	Concurso Abierto	8	17.639.016	0	0
<b>Contratación Directa</b>	Contratos interadministrativos	25	1.014.607	33	417.873
	No existe pluralidad de oferentes en el mercado	7	1.254.605	2	171.005
	Prestación de Servicios	0	0	7	711.167
	Prestación de servicios profesionales	33	1.193.259	95	7.257.645
	Prestación de servicios de apoyo a la gestión	1	46.453	22	938.980
	Arrendamiento de inmuebles	3	9.152.432	1	32.226
	Celebrados con personas extranjeras de derecho público u organismos de cooperación	1	3.763.800	0	0
<b>Mínima Cuantía</b>	Mínima Cuantía	12	199.816	4	37.745
<b>Totales</b>		<b>134</b>	<b>56.272.337</b>	<b>186</b>	<b>16.683.578</b>

Fuente: Secretaría General SNS

## AJUSTES INSTITUCIONALES Y RESULTADOS DE GESTIÓN DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR

### Ministerio de Salud y Protección Social

#### Estudios y evaluaciones sectoriales, gestión del conocimiento

El sector salud ha seguido fortaleciendo su capacidad institucional para tomar decisiones de política pública basada en evidencia. Como parte de este proceso de mejora de habilidades para cumplir las funciones del Estado en lo referente a salud se destaca el trabajo del grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública que forma parte de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio, que continua desarrollando, entre otros aspectos, estudios y evaluaciones a los temas priorizados en la agenda del sector, a fin de dar elementos de juicio basados en evidencia a los tomadores de decisiones.

Así, el Grupo ha aplicado de manera efectiva los recursos humanos, tecnológicos y financieros que posee el Ministerio y el sector para gestionar y producir conocimiento, es decir, dar valor agregado a la información con la que se cuenta. Esto redundará en los siguientes resultados, diferenciados en cuatro (4) frentes<sup>16</sup>:

### Estudios

- Bolefín de Recobros del NO POS Contributivo: Procesamiento y análisis de las bases de datos de recobros al Fosyga por tecnologías en salud no cubiertas en el POS.
- Caracterización de la oferta de servicios de salud: Descripción de la oferta de servicios a partir del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS.
- Atlas de variaciones geográficas en salud: evidencia y relaciona la causalidad de las variaciones geográficas en tres grupos de servicios de salud seleccionados teniendo en cuenta la relevancia de la política, el volumen de servicios prestados y la evidencia previa que indica que la variación geográfica podría ser sustancial.
- Construcción del estudio de modificación del SGP de salud pública.

### Evaluaciones

- Construcción de la evaluación de procesos a la Resolución 1479 de 2015: Procedimiento de cobro y pago del No POS en el régimen subsidiado.
- Apoyo metodológico en la evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el departamento del Guainía.
- Apoyo metodológico en la evaluación de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia “De cero a siempre”.
- Apoyo metodológico en la evaluación al Conpes 161 de Equidad de Género para las Mujeres.

### Inteligencia estratégica

- Elaboración de una revisión sistemática de *Intervenciones en salud mental para pacientes con cáncer y cuidadores*.
- Construcción de un documento resumen de política pública sobre la regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas.
- Construcción de un documento resumen de política pública sobre las intervenciones en habitante de calle.

### Divulgación y gestión del conocimiento

El espacio de divulgación de estudios y evaluaciones producidos sobre el sector salud denominado “Diálogos en Salud” ha continuado incentivando la interacción entre expositores y asistentes, a fin de generar debates para la generación de nuevas políticas públicas, ajustes a las existentes o la expansión del conocimiento. Durante el periodo abarcado por este informe se han realizado ocho (8) seminarios que abarcan las siguientes temáticas: i) Pérdida de cobertura en salud de jóvenes adultos en Colombia: Impacto en el uso de servicios médicos y estado de salud; ii) El efecto de un impuesto a las bebidas azucaradas en Colombia; iii) Mecanismos de riesgo compartido: otras formas de pensar la Cuenta de Alto Costo; iv) Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia 2008-2012; v) Selección del riesgo en el SGSSS de Colombia; vi) Evaluación de procesos del programa de atención integral en salud y nutrición con enfoque comunitario dirigido a familias en condición de vulnerabilidad de territorios rurales y rurales

<sup>16</sup> El Grupo cuenta con tres líneas de trabajo: estudios sectoriales en salud, Evaluaciones de política pública en salud e Inteligencia estratégica. Además de ello se tiene un componente de divulgación y gestión del conocimiento. Los productos relacionados se encuentran disponibles para consulta pública a través del enlace: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-y-evaluaciones-sectoriales.aspx>

dispersos -La Guajira-; vii) Métodos para estimar la incidencia anual del aborto inducido (Revisión sistemática) y; viii) Diagnósticos y retos del sistema de salud frente al envejecimiento.

Paralelo a este espacio, se ha continuado con la publicación de documentos de trabajo “Papeles en salud”, una serie de documentos técnicos relacionados con política pública en salud nutrida principalmente por trabajos desarrollados por los funcionarios del Ministerio y sus entidades adscritas o vinculadas, pero que también invita al público en general a difundir los trabajos rigurosos hechos por la ciudadanía sobre el sector y que tiene como principal objetivo servir como herramienta para la toma de decisiones de política pública, que aporten al debate del sector y que permitan mejorar la calidad de las intervenciones. A la fecha se han publicado 12 volúmenes de los cuales 11 se han publicado en el último año: i) Análisis de equidad para la EDA e IRA en menores de 5 años en Colombia, 2005 y 2010; ii) Desnutrición infantil en Colombia: Marco de referencia; iii) *Losing health insurance when young: Impacts on usage of medical services and health in Colombia*; iv) Impuesto a las bebidas azucaradas; v) Respuesta frente a la introducción del virus Chikungunya en Colombia, 2014 a 2015; vi) Evaluación de seguridad de la vacuna contra el virus del papiloma humano; vii) Impacto en el mecanismo expost de ERC al evaluar indicadores de gestión; viii) Estudio exploratorio sobre mecanismos de asistencia técnica en asuntos de salud y tutela en Colombia; ix) Ranking de satisfacción EPS 2016; x) El uso de estufas eficientes y su impacto en la promoción de la salud en el contexto colombiano; y xi) Informe de implementación de la Ley Estatutaria en salud en Colombia.

## **Instituto Nacional de Salud - INS**

### **Gestión del conocimiento**

- Elaboración de 54 documentos técnicos que incluyen boletines, lineamientos, circulares y 32 artículos científicos con el fin de generar conocimiento en salud y biomedicina en apoyo a la vigilancia de los EISP y 23 Informes técnicos
- Participación en la ejecución de 22 proyectos de investigación epidemiológica, experimental, y presentación de 12 proyectos nuevos de investigación en el 2016 y el inicio de actividades de 6 proyectos nuevos en el 2017.
- Presentación de 36 trabajos en encuentros científicos, en modalidad poster y presencial.

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

- Certificación de 11 epidemiólogos de campo FETP del nivel avanzado como apoyo a la atención de brotes y emergencias en salud pública.
- Implementación del curso FRONTLINE en dos entidades territoriales para el fortalecimiento de competencias básicas para la vigilancia en salud pública, apoyado por TEPHINET-CDC.
- Capacitación de funcionarios de las entidades territoriales departamentales o distritales y de las EAPB en vigilancia y control en salud pública de la tos ferina, infecciones de transmisión sexual, infección respiratoria aguda grave

## **Fondo de Previsión Social del Congreso – FONPRECON**

### **Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas**

## **Pensiones**

En 2016, fueron radicadas 313 solicitudes pensionales que se suman a las 80 que provenían del año anterior; a 31 de diciembre de 2016 se resolvieron 65 solicitudes de 2015 y 219 de 2016, para un total de 284. Entre enero y mayo de 2017 en el Fondo se recibieron 162 solicitudes adicionales relativas a pensión que se suman a las anteriores para ser resueltas en las mismas condiciones del periodo anterior. A la fecha de corte, se resolvieron 83.

A cierre de 31 de mayo de 2017, FONPRECON contaba con 2400 pensionados de los cuales 769 son ex congresistas y 1631 son ex funcionarios. El 74% de ellos, corresponde a pensionados por vejez, 1.3 % por invalidez y 2.7 % por sobrevivencia.

Es importante resaltar que, si bien se presenta un incremento del 58% en la radicación de solicitudes de pensión de jubilación, al comparar el periodo de enero a mayo de 2017 con el mismo periodo de 2016, se deduce que para lo corrido del 2017 continúan siendo las peticiones de bonos pensionales y de indemnizaciones sustitutivas las que más participan dentro del total de las solicitudes radicadas, tendencia que inicio desde el año 2016. En tal sentido para el periodo objeto del informe, se ha destacado la primacía de las solicitudes de bonos pensionales e indemnizaciones sustitutivas, las cuales se han venido tramitando bajo el amparo de los requisitos y condiciones establecidas en el ordenamiento legal vigente para ello.

## **Cesantías**

Al cierre de 2016, FONPRECON atendió 106 solicitudes de cesantía, de las cuales 55 (52%) correspondieron a cesantías definitivas, 46 (43.3%) parciales y 5 (0.5%) solicitudes versaron sobre traslados al fondo nacional de ahorro. Al comparar las cesantías de 2016 con las de 2015, se observa una leve disminución del 4.5% en las solicitudes de cesantías resueltas (definitivas, post-mortem, reliquidaciones, cesantías parciales y traslados al Fondo Nacional del Ahorro), al pasar de 111 en el 2015 a 106 en el 2016.

Respecto del monto ordenado para las cesantías reconocidas se presenta una disminución del 2.8%, pasando de \$3.321 millones en 2015 a \$3.228 millones en 2016, por lo que se puede decir que al cierre de 2016 se mantiene relativamente constante el número y monto de cesantías reconocidas. Entre enero y mayo 31 de 2016 el Fondo recibió 31 solicitudes relativas a reconocimientos de cesantías.

## **Auxilios funerarios**

En 2016 fueron radicadas 33 solicitudes de auxilio funerario y se tenían 4 pendientes radicadas en los últimos días de diciembre de 2015, para un total de 37, con el siguiente resultado: 11 solicitudes negadas (29%) y 26 auxilios (71%) reconocidos por \$127 millones. Entre enero y mayo 31 de 2017, el Fondo recibió 15 solicitudes adicionales, relativas a reconocimientos de auxilios funerarios.

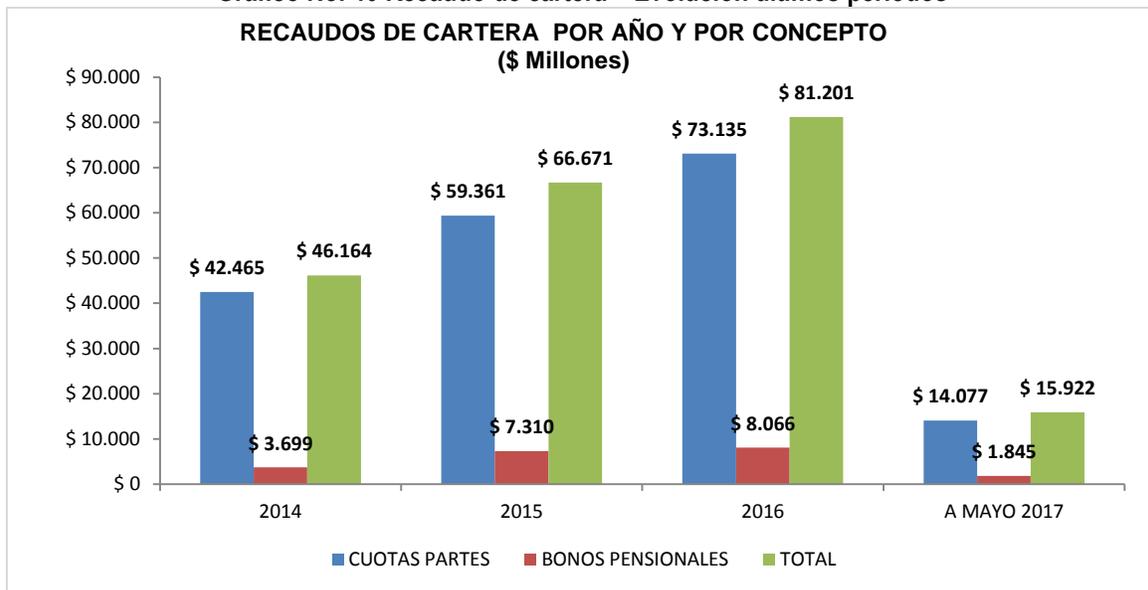
## **Gestión de cartera**

La cartera del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República corresponde a las acreencias por concepto de cuotas partes pensionales y por cuotas partes de bonos pensionales, originadas por el pago de mesadas a los pensionados.

La cartera de FONPRECON tiene dos instancias a saber: El cobro persuasivo a partir de la remisión mensual de las cuentas de cobro a las entidades concurrentes por cada pensionado y el cobro coactivo el cual se inicia luego de

trascurridos 2 meses del envío de la cuenta de cobro, sin que se produzca el pago correspondiente. De manera comparativa el recaudo entre los años 2014 y 2017 (mayo), se muestra en la siguiente gráfica:

**Gráfico No. 40 Recaudo de cartera – Evolución últimos periodos**



Fuente: Grupo de Cartera FONPRECON

Como se observa en la gráfica anterior, en 2016 se recaudaron \$81.201 millones, es decir, 18% más del recaudo efectuado el año inmediatamente anterior, el cual ascendió a \$66.671 millones.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 78 de la Ley 1753 del 9 de junio de 2015, no se efectúa cobro por concepto de cuotas partes pensionales a las entidades del orden nacional, hecho que redujo sensiblemente tanto el número de cuentas como el valor por cobrar.

El recaudo de cartera en la etapa persuasiva se regularizó debido a que, en la medida que se terminan los acuerdos de pago de cuotas partes suscritos con las entidades deudoras, este disminuye y solo se recauda, en estos casos, el valor de las obligaciones causadas mensualmente de las entidades que pagan regularmente.

De otra parte, FONPRECON, con el fin de confirmar los saldos que los estados financieros registran en las cuentas por cobrar, en el mes de octubre de 2016 efectuó circularización de cartera a 318 entidades que presentaban saldo con corte a 31 de agosto del mismo año.

Respecto de las cuotas partes por pagar, FONPRECON figura como concurrente, entre otras entidades, ante: Metrosalud, Gobernación de Caldas, Pensiones de Antioquia, Unidad Administrativa Especial de Pensiones del Departamento de Cundinamarca, Municipio de Villavicencio, Municipio de Santiago de Cali y Gobernación del Putumayo, cuyos pagos ascendieron en 2016 a \$ 199,5 millones.

Finalmente, es importante resaltar que el recaudo de la cartera se ha incrementado año tras año debido a que FONPRECON mantiene un permanente contacto con las entidades, intensificó la gestión de cobro tanto por la vía persuasiva como por la coactiva, atiende en forma oportuna las solicitudes y facilita los pagos mediante la suscripción de acuerdos.

## Gestión de tecnología

En 2016, la Gestión Tecnológica se fortaleció con acciones encaminadas al sostenimiento continuo, enfocado en garantizar la disponibilidad y acceso a los sistemas de información misional y demás servicios de tecnología tales como plataforma tecnológica, seguridad de la información, red de comunicaciones, infraestructura tecnológica, manejo de procesos de tecnologías de la información y centro de datos. Entre enero y mayo de 2017 se continuó con el proceso de mantenimiento de toda la plataforma tecnológica de la Entidad e iniciando las etapas previas del proyecto de inversión previsto para 2017, cuyo fin es la adecuación y modernización de la plataforma informática de FONPRECON, así como dotar de los elementos necesarios para su funcionamiento, en particular la plataforma tecnológica cliente plena y totalmente actualizada en niveles de procesamiento, almacenamiento y conectividad, acordes con las tecnologías más actualizadas y los estándares de arquitectura tecnológica, que cumplan los requisitos exigidos para el adecuado funcionamiento de la Entidad.

## Gestión jurídica

### Defensa judicial - Consolidado procesos en curso

A diciembre de 2016, el Fondo de Previsión Social del Congreso registró **524** procesos en curso, teniendo en cuenta procesos iniciados en vigencias anteriores, mientras que, a mayo 31 de 2017, registró un consolidado de 581 procesos en curso, según la siguiente distribución:

**Tabla No. 70. Informe Consolidado de Procesos**

TIPO DE PROCESO	A 31 DIC. 2016	A 31 MAYO 2017
<b>Instaurados por FONPRECON</b>	212	5
<b>En contra de FONPRECON</b>	289	52
<b>Procesos penales instaurados por FONPRECON como parte civil o con incidente de reparación integral.</b>	23	0
<b>TOTAL</b>	524	57

Fuente: Oficina Jurídica – FONPRECON

### Demandas instauradas a favor y en contra de FONPRECON

En 2016, la Entidad instauró 10 Medios de control de nulidad y restablecimiento del derecho y una acción de revisión, de enero a mayo 31 de 2017, instauró 5 Medios de control, 3 de nulidad y restablecimiento y dos en repetición.

De otro lado, FONPRECON fue demandado en 2016, en 119 oportunidades por diferentes conceptos, como: reliquidación de la pensión de jubilación servidor público o ex congresista, vinculación como litisconsortes, acción de revisión, extensión de jurisprudencia, reconocimiento de pensión de jubilación de servidor público y nulidad del proceso coactivo que condenó a pagar cuotas partes pensionales a entidades deudoras. En lo corrido de 2017, el Fondo ha sido demandado en 52 oportunidades más, por los mismos conceptos.

Se observa que, tanto para 2016, como para lo corrido de 2017, entre enero y mayo, hay un incremento de las demandas contra de la entidad, como producto de la aplicación de la sentencia C-258 de 2013 y del cobro de cuotas partes pensionales.

## Sentencias

Durante 2016, se profirieron 81 sentencias en los procesos en que FONPRECON es parte, de las cuales 68 fueron a favor de la entidad y 13 en contra. Entre enero a mayo de 2017, se profirieron 27 sentencias de las cuales 23 fueron a favor y 4 en contra.

### Precedente judicial

Por precedente se ha entendido, aquella sentencia o conjunto de sentencias que presentan similitudes con un caso nuevo objeto de escrutinio en materia de (i) patrones fácticos y (ii) problemas jurídicos y en las que en su ratio decidendi se ha fijado una regla para resolver la controversia, que sirve también para solucionar el nuevo caso. (Sentencia T-360 de 2014)

La actividad litigiosa de la Entidad se resume en:

Congresista: 372 fallos a favor y en firme; 32 en contra y también en firme.

Desde 2004, la Entidad ha obtenido 372 sentencias a favor, generando un ahorro al erario, equivalente, en 2016, a la suma de \$ 201.204 millones, según cálculo actuarial efectuado por la entidad.

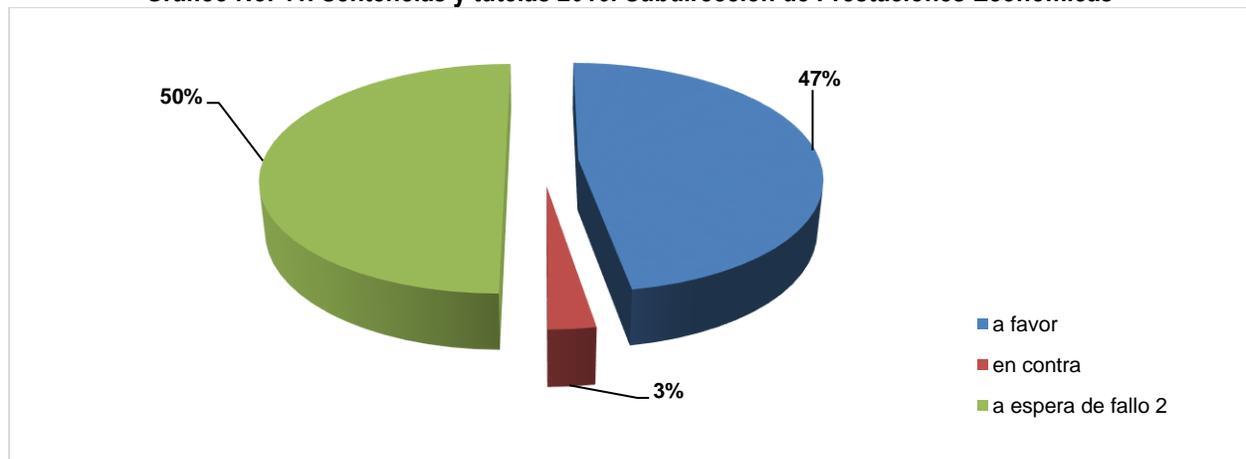
Servidor público: 25 fallos a favor y en firme; 104 en contra

Esta tendencia está originada, en el cambio de precedente jurisprudencial relacionado con la forma de liquidar las pensiones a los servidores públicos cobijados por el régimen de transición, especialmente respecto al fallo proferido por la Sala Plena del Consejo de Estado el 4 de agosto de 2010, que unificó la jurisprudencia como política administrativa y de prevención del daño antijurídico y determinó que a partir de la fecha la liquidación de las pensiones de los mismos, se efectuará aplicando las normas en su integridad, es decir, se aplica el 75% de lo devengado en el último año de servicio, incluyendo los factores salariales consagrados en la norma aplicable al funcionario.

### Acciones de tutela

En 2016 se atendieron 38 tutelas, de las cuales 18 fueron favorables, 1 en contra y 19 de ellas se encontraban en espera de fallo de segunda instancia a 31 de diciembre de 2016.

**Gráfico No. 41. Sentencias y tutelas 2016. Subdirección de Prestaciones Económicas**



Fuente: Sentencias y Tutelas 2016 Subdirección de Prestaciones Económicas

Es importante resaltar que todas las tutelas se contestan e impugnan, si hay lugar a ello, de manera oportuna.

El mayor número de tutelas, 22, correspondió a la pretensión de reconocimiento o pago de una prestación negada, extinguida o en suspenso, reingreso a nómina y pago de cesantías. De estas 22 tutelas, 10 fueron favorables a FONPRECON (fueron negadas o se determinaron improcedentes), 1 fue desfavorable ordenando el pago de mesadas suspendidas y finalmente 11 quedaron en espera de fallo de segunda instancia, es decir que la decisión aún no se encontraba en firme a 31 de diciembre de 2016.

Se presentaron 11 tutelas que buscaban un pronunciamiento de fondo frente a una solicitud pensional, respuesta a una petición o la expedición de un certificado, siendo 4 a favor y 7 a espera de fallo definitivo. 2 Tutelas buscaron el reconocimiento y pago de un bono pensional tipo A o B en donde FONPRECON es contribuyente, obteniendo los dos fallos a favor, también se presentaron 2 tutelas que buscaron la realización de cálculos actuariales para convalidar semanas, de las cuales a una le negaron pretensiones y la otra se encuentra a espera de fallo de segunda instancia.

Finalmente 1 tutela que vincula a FONPRECON como tercero interesado obtuvo fallo favorable. Durante el período que se informa, la entidad no recibió tutelas interpuestas por pensionados relacionadas con la sentencia C 258/13.

## **Sistemas de información**

### **SISPRO**

El MSPS ha avanzado en la simplificación de procesos y el desarrollo de trámites en línea que permiten llegar en forma directa al ciudadano, lo que facilita el acceso, la oportunidad y calidad en la atención. Ejemplos de ello son los servicios dispuestos y proyectados a través del Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, los servicios del Reporte de prescripción en línea de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC – MIPRES NoPBS así como el uso de tecnologías móviles.

El Sistema de Afiliación Transaccional - SAT entró en operación el 1 de diciembre de 2015 en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co). Este Sistema facilitará al afiliado, al aportante y a las entidades territoriales, registrar directamente sus novedades, traslados entre EPS y movilidad entre regímenes. A la fecha se encuentran en operación los módulos de registro de ciudadanos y de aportantes; desarrollados y en pruebas los módulos de salud de: novedades de aportantes, afiliación básica, novedades de afiliados y de beneficiarios, novedades de identificación y datos básicos, movilidad y traslados, novedades laborales y acreditación de derechos; y, en diseño se encuentra el módulo de consultas y reportes y el de interoperabilidad con los distintos actores del Sistema. Estos módulos se pondrán en operación en el segundo semestre de 2017.

En SAT - pensiones se dispuso para consulta la historia de la afiliación del ciudadano por administradora de fondo de pensiones - AFP, fecha de inicio y fin de la afiliación y se relaciona el sitio web de la AFP correspondiente para la consulta de las semanas cotizadas. Para el 2017 se pondrá en operación un servicio web para interoperar con las administradoras de fondos de pensiones de acuerdo con las especificaciones funcionales del Ministerio de Trabajo.

Con motivo de la Resolución 5931 de 2016, fue puesto en operación el 1º. de diciembre de 2016 el aplicativo de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – MIPRES NoPBS, para el régimen contributivo, para todas las Empresas Promotoras de Salud – EPS, con al menos una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS y, con la Resolución 532 de 2017, desde el 1 de marzo es obligatorio la prescripción por este medio para todos los actores del sistema.

Con el uso del aplicativo se busca garantizar el acceso oportuno por el ciudadano a dichos servicios al simplificar y estandarizar procesos y eliminar los Comités Técnico Científicos- CTC, los que se reemplazan por un sistema de información en línea y en tiempo real. La prescripción la efectúa el profesional de salud al momento de la atención y la entrega al ciudadano; en forma paralela, la prescripción llega en línea a las EPS quienes tienen que realizar la garantía del suministro en los tiempos establecidos en la norma.

A 31 de mayo de 2017 se han reportado 1.184.218 prescripciones realizadas en 3.564 sedes de IPS con una cobertura geográfica de 296 municipios de Colombia. Estas prescripciones las realizaron 29.301 profesionales de salud (médicos, odontólogos, optómetras y profesionales en nutrición) a 758.000 pacientes.

El Ministerio adelantó en el 2016 el diseño y desarrollo de la central de financiamiento la cual permite disponer para consulta, en un solo sitio, las fuentes relacionadas. En una primera etapa se trabajó con la identificación y organización de fuentes por temáticas, en especial las relacionadas con el aseguramiento a través de los regímenes subsidiado y contributivo y el gasto en salud en el país, publicada en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx>

En estandarización de datos y publicación en catálogos para facilitar la comparabilidad y el intercambio de datos entre sistemas de información, fueron publicadas y/o actualizadas 17 tablas de referencia relacionadas con CUPS, medicamentos, productos nutricionales, dispositivos médicos y servicios complementarios, <http://tablas.sispro.gov.co/TestMiPresNopbs/ModTest/Mipres.aspx>, en el marco del proceso adelantado al interior del Ministerio para la entrada en operación del registro en línea de MIPRES NoPBS. Así mismo se efectuó la disposición de 23 nuevas variables del conjunto de datos básicos de la historia de salud del ciudadano, para un total de 32 variables dispuestas y actualizadas en forma mensual para consulta por el ciudadano: identificación, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, condición de discapacidad, atenciones de salud en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co).

El Sistema de Gestión de Datos –SGD o la bodega de datos, es el sistema de información a través del cual el SISPRO, consolida, integra y dispone a través de un único repositorio la información proveniente de diferentes Fuentes, relevantes para el Sector. El sistema se encuentra en pleno funcionamiento, con la actualización periódica y permanente de la información para la consulta de reportes predefinidos, de consulta por demanda y reportes geográficos que facilitan a tomadores de decisiones a nivel nacional y territorial, a investigadores y a usuarios del Sector, conocer y analizar la información del Sector. En promedio se efectuaron 117.690 consultas autoservicio por mes durante el año 2016.

En la actualidad la Bodega de Datos de SISPRO integra información de 36 fuentes y cuenta con 27.500 millones de registros, por lo que se constituye en un activo de información para el Sector. En el período se dispusieron 45 nuevos servicios de información entre consultas dinámicas, consultas predefinidas y mapas dinámicos con los que se pueden consultar 1.725 indicadores que apoyan los diferentes procesos de planeación en salud y seguimiento a las estrategias del Plan Decenal de Salud. De igual manera se desarrollaron 5 nuevos modelos multidimensionales relacionados con: Estadísticas de Afiliados a Salud para Grupos Étnicos, Información de Servicios de Salud – Gestión de la Demanda, Población Habitante de Calle, ReTHUS y Saneamiento de Cartera, y se actualizaron 9 modelos, con la incorporación de nuevas variables solicitadas por los usuarios como el de Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD, Estadísticas de afiliados a salud, Población especial (población privada de la libertad – PPL), Censo de pacientes con enfermedades, Defunciones de RUAF-ND, Nacimientos del Registro de Estadísticas Vitales – EEVV, Formulario Único Territorial – FUT: Reporte Departamentos y Municipios y SIVIGILA.

Las fuentes más consultadas entre 2016 y 2017, fueron: RIPS, Indicadores de caracterización de la población, Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Morbilidad Análisis de la Situación de Salud - ASIS,

SIVIGILA y Saneamiento de Cartera, las cuales concentraron el 80%, de las consultas, por el mecanismo de autoservicio, realizadas por los usuarios.

En el marco de la estrategia de Gobierno en Línea – GEL las acciones se orientaron a la automatización de trámites y servicios con 2 trámites en línea optimizados: Constancia de necesidades de Recurso Humano para Obtener Visa de estudiante ante el Ministerio de Relaciones Exteriores y Solicitud de Licencia para la prestación de servicios a terceros en Protección radiológica, Seguridad radiológica o estudios de control de calidad y 3 formatos descargables relacionados con trámites del Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE automatizados y publicados en la Ventanilla Única de Trámites y Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social.

En datos abiertos, 19 conjuntos de datos fueron publicados en formato abierto en el “Catálogo de Datos del Estado” [www.datos.gov.co](http://www.datos.gov.co), insumo para el desarrollo y puesta en operación de nuevas aplicaciones móviles: Ranking calidad; Calidad en salud EPS; Calidad en salud IPS; 3 Set de datos de Conceptos básicos del SGSSS; 3 set de datos de Eventos en salud pública; Estructurados y validados el set de datos Preguntas Frecuentes para temas relacionados con la app ClicSalud y 9 set de datos con temas relacionados con salud sexual y reproductiva. De igual manera, nuevas aplicaciones móviles fueron dispuestas para su respectiva descarga por parte de los usuarios: Aprende Salud, Comunidad Salud, Módulo geográfico de las IPS en la aplicación Clicsalud y Peso Saludable.

En materia de seguridad de la información, se realizaron auditorías externas e internas a 12 procesos del Ministerio con el objetivo de garantizar que los procesos auditados en 2015 continuaran cumpliendo los controles, procedimientos y protocolos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI. La Auditoría mostró un avance en el grado de madurez de los procesos y se mantiene la certificación ISO 27001:2013, otorgada al Ministerio en enero de 2016, lo que refleja el compromiso de la entidad en salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

En el fortalecimiento del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO se desarrollaron y fueron puestos en producción nuevos aplicativos web que apoyan la gestión institucional como: Giro directo de régimen subsidiado con factura, Monitoreo de calidad, Servicios negados y Carta de derechos y deberes. Así mismo el Ministerio efectuó la gestión, administración, mantenimientos y contrató los servicios de infraestructura tecnológica, conectividad y mesa de ayuda de primer nivel para garantizar la operación permanente de los 28 aplicativos misionales y la plataforma de transporte de archivos PISIS, con la disposición de información necesaria para la gestión del Sector.

**Tabla No. 71. Aplicativos y plataforma del SISPRO y servicio**

Aplicativos / Plataforma	Descripción del servicio y norma
<b>1.Sistema de Afiliación Transaccional SAT- Salud</b>	Este sistema entró en operación el 23 de diciembre de 2015. Permite al ciudadano el registro, identificación y la verificación del grupo familiar, y la consulta de las atenciones en salud durante los dos últimos años. <a href="http://www.miseguridadsocial.gov.co">www.miseguridadsocial.gov.co</a> . El SAT fue creado en el marco del Decreto 2353 de 2015, de afiliación.
<b>2.Base de Datos Única de Afiliados a Salud – BDUA</b>	Dispone información de afiliados únicos al SGSSS, con datos básicos del afiliado, régimen, tipo de afiliado, tipo de cotizante, tipo de población; permite el registro de la novedad de ingreso, movilidad entre regímenes y retiro del Sistema de Salud. Decreto 2280 de 2004 y Resolución 195 de 2005 para el régimen contributivo, Decreto 971 de 2011 para el régimen subsidiado.
<b>3.Registro Único de Afiliados a la Protección Social –RUAF</b>	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. Ley 797 de 2003 art. 15, Decreto 1637 de 2006, Resolución 3336 de 2013.
<b>4.Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social – PILA</b>	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 laborales y cajas de compensación a través de una sola transacción electrónica y el control a la evasión y elusión. Ley 797 de 2003, artículo 15, literal b, Decreto 1465 de 2005, Decreto 1931 de 2006.

Aplicativos / Plataforma	Descripción del servicio y norma
<b>5. Nacimientos y Defunciones</b>	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.
<b>6. Supervivencia</b>	Aplicativo puesto en operación a partir del 1 de julio de 2012, que permite la consulta en línea por las entidades de seguridad social que deban verificar la supervivencia de una persona; antes el trámite lo hacía la población. Decreto Ley 019 de 2012, art. 21, Decreto 1450 de 2012, Resolución 1708 de 2012
<b>7. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD</b>	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. Ley 1618 de 2013, Circular 17 de 2014, Acuerdo No. 002 de 2013.
<b>8. Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS</b>	Base de datos con información de atenciones de prestaciones de salud desde 2009, por: consultas, procedimientos, urgencias, hospitalización, medicamentos, recién nacidos, usuarios; atenciones reportadas por régimen, por EPS. . Resolución 3374 de 2000, Resolución 959 de 2002, Resolución 1531 de 2014, Resolución 4449 de 2014.
<b>9. Sistema de información de Precios de Medicamentos - SISMED</b>	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. Ley 100 de 1993, art.245, Circular 4 de 2006.
<b>10. Sistema de Gestión de Datos – SGD</b>	Consolida, integra y dispone a través de un único repositorio, bodega de datos, la información proveniente de diferentes Fuentes, relevantes para el Sector. Esta información con actualización periódica y permanente sobre: salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo y empleo y promoción social puede ser consultada por los usuarios a partir de los diferentes servicios de información dispuestos desde el portal de SISPRO (www.sispro.gov.co): consulta predefinida, consulta a demanda, módulos geográficos. Ley 100 de 1993, art. 193, Ley 797 de 2003, Ley 1122 de 2008, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015.
<b>11. Portal web de Minsalud, trámites y servicios y aplicaciones móviles</b>	Portal web de Minsalud, trámites y servicios automatizados y desarrollo de aplicaciones móviles dispuestas al ciudadano, a través de la Estrategia de Gobierno en Línea. La estrategia se ha desarrollado de acuerdo con los lineamientos y fases establecidas, inicialmente en el Decreto 1151 de 2008 y en la actualidad con base en el Decreto 2573 de 2014.
<b>12. Cuentas maestras</b>	Aplicativo que facilita el seguimiento al uso de los recursos del régimen subsidiado, mediante el reporte por las entidades financieras de los movimientos y saldos de las cuentas maestras a nivel territorial y de las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado de salud al Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3042 de 2007 -art.29, Resolución 1128 de 2013.
<b>13. Giro directo a IPS del régimen subsidiado</b>	Aplicativo que consolida la información mensual reportada por las EPS del Subsidiado y la dispone a FOSYGA, para el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y agilizar el flujo de los recursos de la salud. Ley 1438 de 2011 art. 29, Decreto 971 de 2011 art. 6, Resoluciones 2320 y 2977 de 2011. Dispone información histórica hasta agosto de 2016
<b>14. Giro directo a IPS del régimen subsidiado con factura</b>	Aplicativo que recibe la información del giro directo de EPS del régimen subsidiado a IPS con el detalle de facturas que se sanean mediante dicho giro. Inició operación en agosto de 2016. Resolución 1587 de 2016.
<b>15. Giro directo a IPS del régimen contributivo</b>	Aplicativo que efectúa el transporte y validación de la información enviada semanalmente por las EPS del régimen contributivo para implementar la medida de giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y agilizar el flujo de los recursos de la salud. – Ley 1608 de 2013 art. 10, Decreto 2464 de 2013, Resoluciones 654 de 2014 y 1569 de 2014.
<b>16. Saneamiento de deudas del régimen subsidiado</b>	Aplicativo de recepción y consolidación de información de deudas reconocidas no pagadas (facturas), para el saneamiento de las mismas entre los actores. Decreto 1080 de 2013.
<b>17. Saneamiento de deudas de contratos del régimen subsidiado</b>	Aplicativo para recepción y consolidación de deudas de contratos del régimen subsidiado según Resolución 260 de 2015
<b>18. Saneamiento de cartera entre entidades responsables de pago e IPS</b>	Aplicativo de recepción y consolidación de información de deudas y detalle de facturas pagadas con el giro directo del subsidiado, para saneamiento por parte de los actores. . Ley 1438 de 2011 art 114, 121, 122, 126, 133 y 135, Circular 30 de 2013.
<b>19. Saneamiento de aportes patronales</b>	Aplicativo de recepción de deudas de cada uno de los actores: administradoras e IPS públicas y disposición de información para su saneamiento. Resolución 4906 de 2014.
<b>20. Compra de cartera</b>	Aplicativo para la administración de facturas de compra de cartera y apoyo al proceso de compra de cartera de las EPS. Resolución 3029 de 2014.
<b>21. Tecnologías sin cobertura en POS para subsidiado</b>	Aplicativo que recibe la información de los servicios prestados de régimen subsidiado no cubiertos por el POS. Las entidades territoriales reportan semestralmente esta información. Resolución 1479/15.
<b>22. Registro de Talento Humano en Salud – RETHUS</b>	Aplicativo que recibe información del talento humano en salud y dispone mediante consultas web: información de formación individual de cada persona, consultas consolidadas a nivel de instituciones y programas de educación superior y de formación para el trabajo y desarrollo humano, consultas de servicio social obligatorio prestado y de sanciones ético disciplinarias emitidas por los tribunales. Resolución 3030 de 2014.
<b>23. SIDAM</b>	Aplicativo que administra el código de identificador único de medicamentos para que sea manejado de forma estándar por el INVIMA, por los fabricantes, los importadores de medicamentos y todos los actores del SGSS. Resolución 3166 de 2015.
<b>24. MiPRES NoPBS</b>	Aplicativo para la Prescripción en línea de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – MiPRES NoPBS: procedimientos, medicamentos, el soporte

Aplicativos / Plataforma	Descripción del servicio y norma
	nutricional y servicios sociales complementarios. Fue puesto en operación el 1º. de diciembre de 2016, para todas las Empresas Promotoras de Salud – EPS del régimen contributivo, con al menos una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS – Resolución 5931 de 2016; por la Resolución 532 de 2017, desde el 1 de marzo es obligatorio la prescripción por este medio para todos los actores del sistema.
<b>25. Carta de derechos y deberes</b>	Aplicativo que contiene la información reportada por las EPS acerca de la entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado, acorde con la Resolución 1379 de 2015 y la Orden 28 de la Sentencia 760 de 2008.
<b>26. Planes Financieros de entes territoriales - PET</b>	Aplicativo mediante el cual las entidades territoriales registran sus planes financieros para consulta y seguimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
<b>27. Servicios negados</b>	Aplicativo que contiene la información de servicios negados en salud reportada por las EPS, acorde con la Resolución 1683 de 2015 y la Orden 19 de la Sentencia 760 de 2008. La información que reportan las entidades es dispuesta a la Superintendencia de Salud y a la Defensoría del Pueblo.
<b>28. Monitoreo de calidad</b>	Aplicativo que recibe la información reportada por las EAPB y las IPS a fin de establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud del calidad y contribuir con la medición del desempeño y resultado de los agentes del SGSSS. Resolución 256 de 2016.
<b>Plataforma PISIS</b>	Plataforma tecnológica de transporte de archivo seguro. A través de esta plataforma se transportan todos los archivos que por norma deben ser enviados al Ministerio o los que el MSPS debe enviar las entidades territoriales. En la actualidad transporta archivos en forma permanente de más de 12.000 entidades, entre EPS, IPS, municipios, mayoristas, laboratorios farmacéuticos, cajas de compensación, operadores de información de PILA y entidades financieras.

Fuente: MSPS – OTIC – SISPRO

## Sanatorio de Agua de Dios ESE

### Sistemas de Información

El Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, ha cumplido con los reportes correspondientes a: sistema de información SIHO (Decreto 2193); Reporte al sistema de información precios de medicamentos (SISMED); Informe de registro individual de prestación de servicios (RIPS); en un 100% en las fechas programadas y acorde a los lineamientos exigidos por las entidades solicitantes.

## Instituto Nacional de Salud - INS

### Sistemas de información

- Implementación e integración al Sivigila del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna en plataforma web, que permite identificar las muertes materna
- SIVICAP en página WEB, propiedad del INS, sistematiza datos y genera información de los Índices de Riesgo del Agua para Consumo Humano; IRCA, IRABA, BPS y MAPA de RIESGO; según normativa vigente.
- Red DATA INS (primera fase), sistema de información para la administración de información de la Red (puesta en producción para los actores de la red de Donación y Trasplantes
- Generación del aplicativo SIHEVI en su primera fase, para contar con el listado nacional de donantes diferidos, con el fin de fortalecer los procesos de selección de donantes para mejoras en la seguridad transfusional

## SISTEMAS DE GESTIÓN, SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES, PLANES ANTICORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA, ATENCIÓN AL CIUDADANO

## **Ministerio de Salud y Protección Social**

### **Certificación ISO 9001:2008, NTCGP1000:2009 del Minsalud**

El equipo auditor de la entidad certificadora SGS, otorgó la certificación de la norma de Gestión de calidad ISO 9001-2001 y NTCGP 1000 al Ministerio de Salud basado en los resultados de la pre auditoría y auditoría efectuadas en los meses de Septiembre y Diciembre de 2016 gracias al estado de desarrollo y madurez demostrado por el sistema de calidad de la entidad. Lo anterior, teniendo en cuenta que el Minsalud ha establecido y mantenido su Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la normatividad vigente y ha demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.

### **Fenecimiento de la cuenta fiscal según la auditoría de la CGR**

En 2016 y por primera vez desde su creación en 2011, la Contraloría General de la República (CGR) feneció la cuenta fiscal del Ministerio de Salud y Protección Social. En esta ocasión como producto de la auditoría que realizó durante ese año a la gestión del MSPS realizada en 2015. Igual resultado (fenecimiento de la cuenta) se alcanzó en lo relativo a la vigencia 2016 según la auditoría realizada por la CGR en el primer semestre de 2017.

### **Ley 1712 de 2014. Transparencia y del derecho al acceso de información pública**

El Ministerio como sujeto obligado al cumplimiento de la Ley de Transparencia y de acuerdo a sus funciones, continuó trabajando en la divulgación de la información de manera proactiva al ciudadano.

Las acciones realizadas se ven reflejadas en los resultados del Índice de Transparencia Nacional (ITN) 2015 - 2016, en el cual el Ministerio de Salud y Protección Social se ubicó en el nivel de riesgo de corrupción moderado.

El nivel de riesgo de corrupción moderado es el mejor alcanzado por las entidades evaluadas por la organización no gubernamental (ONG) Transparencia por Colombia.

En cuanto al sector salud presentó un avance de 4,8 puntos en los últimos dos años, al pasar de 70 en la medición correspondiente a los años 2013-2014, a 74,8 en el periodo 2015-2016. Esta calificación lo deja como el segundo del Gobierno con mayor puntaje, superado sólo por el de Comercio, Industria y Turismo.

En el marco de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) y teniendo en cuenta lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional, se estableció el módulo de reporte de servicios y tecnologías no cubiertas con la UPC –MIPRES - y se optimizó el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar los recobros cuando conforme a la normatividad vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, como mecanismos para garantizar y proteger el derecho fundamental a la salud mediante el acceso oportuno a los servicios o tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación (PBSUPC) y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos.

Lo anterior se ha trabajado bajado los criterios de usabilidad y accesibilidad contemplados por la Estrategia de Gobierno en Línea y la Ley de Transparencia.

### **Grupo de Atención al Ciudadano - Gestión institucional para el mejoramiento del servicio al ciudadano**

Para 2016, el Grupo de Atención al Ciudadano ya tenía identificados los pilares de mayor relevancia para el ministerio en materia de servicio al ciudadano, que le permitieron enmarcar las acciones implementadas y proyectadas en un modelo de servicio al ciudadano.

En este orden se plasman 4 componentes principales que, articulados y complementarios entre ellos, buscan dar la orientación a las acciones para el mejoramiento del servicio al ciudadano del ministerio y que sea vinculante a las entidades del sector administrativo en salud, por ser éste cabeza de sector.

**Desarrollo Institucional para el servicio al ciudadano:** Para 2016, el ministerio en cumplimiento del artículo 22 de la Ley 1755 de 2015, reglamentó internamente el trámite de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, felicitaciones y solicitudes de acceso (PQRSD) a la información que se formulen al Ministerio de Salud y Protección Social, con la expedición de la Resolución 3687 de agosto de 2016.

**Gráfico No. 42**  
Modelo de Servicio al Ciudadano del Ministerio de Salud y Protección Social



Fuente: Grupo de Atención al Ciudadano

Así mismo, el Grupo de Atención al Ciudadano, contribuyó con los requisitos propios de la Ley 1712 de 2014 “por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”, en el sentido que optimizó el formulario web para la presentación de PQRSD para hacerlo más accesible a la ciudadanía; así mismo ha publicado en la página web del ministerio en el minisitio “servicio al Ciudadano” la información mínima requerida de la entidad y de los servicios al ciudadano, así como también el resultado de la evaluación de percepción de los usuarios al Ministerio, carta del buen trato, informes de PQRSD y la caracterización de usuarios 2016; publicaciones que fueron producto de la gestión interna de este Grupo. Se puede observar en el link: [https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/Atencion\\_al\\_Ciudadano.aspx](https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/Atencion_al_Ciudadano.aspx)

Se elaboraron otros documentos como la Guía del usuario para el servicio del ciudadano en el Sector Salud (publicado en el link <https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/guia-del-usuario.aspx>) y un Protocolo de atención al ciudadano del Sector Salud, como herramienta de apoyo a servidores públicos del sector administrativo en salud. Estos además se encuentran impresos para socialización y entrega.

El MinSalud continúa activamente vinculado al Programa Nacional de Servicio al Ciudadano, por cuanto se desarrollaron espacios de trabajo colaborativo con del Departamento Nacional de Planeación - DNP, que permitieron optimizar acciones para mejorar el servicio, entre los que contó la profesionalización del servicio en las ventanillas de atención. Hoy, se cuenta con la orientación a los ciudadanos de profesionales en Comunicación Social y Derecho, lo que condujo al ajuste del Manual de Funciones en fortalecimiento de las cualidades y habilidades requeridas para el personal en el área de servicio al ciudadano del Ministerio.

En este mismo marco, el MinSalud fue representado por el GAC en las 6 Ferias Nacionales de Servicio al Ciudadano, programadas por el DNP para 2016: Quibdó – Abril 29; Villa del Rosario, Norte de Santander – julio 9; Florencia, Caquetá – agosto 20; Puerto Asís, Putumayo – septiembre 4; Santander de Quilichao, Cauca - octubre 8 y Sincé, Sucre. Para 2017 se participó en las Ferias de El Carmen de Bolívar, Cartagena – marzo 24 y en Ipiales – Nariño el 22 de abril.

Como principal logro de estas actuaciones, el GAC recibió a finales de 2016 dos premios del DNP en el marco del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano: por cumplimiento normativo y por mejor iniciativa innovadora para mejoramiento del servicio al ciudadano y un reconocimiento por la participación en Ferias Nacionales de Servicio al Ciudadano.

### **Afianzar la cultura de servicio al ciudadano en los servidores públicos**

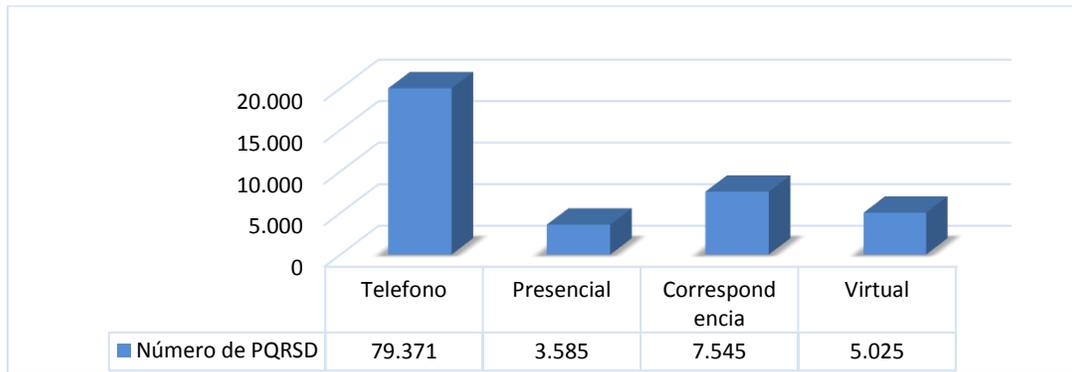
Los resultados obtenidos en la encuesta de percepción interna aplicada en el año 2015, permitieron establecer la necesidad de generar procesos orientados a optimizar actitudes positivas en el servicio. Para esto se llevó a cabo una estrategia para fortalecer la cultura de servicio al ciudadano en servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social y de algunas entidades del sector salud.

Derivado de ésta, para 2016, surgió la campaña “Tu ser marca la diferencia”, que permitió la realización de jornadas de sensibilización con cerca de 70 participantes (del MinSalud y otras entidades del sector) y 20 coordinadores de área; también se llevó a cabo un proceso de formación de 40 líderes en servicio al ciudadano, propiciando una red colaborativa. Así mismo se desarrollaron actividades lúdicas y dinámicas donde los servidores públicos del ministerio apropiaron conceptos, orientaciones y lineamientos del servicio al ciudadano, las cuales se realizaron a través de concursos institucionales y una estrategia comunicacional orientada a este fin.

### **Fortalecer los canales de atención**

A continuación se presentan los resultados de la gestión de atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias – PQRSD, que ingresan a través de los diferentes canales de atención, para el periodo junio a diciembre de 2016:

#### **Gráfico No. 43. Consolidación de PQRSD por canal de atención II Semestre de 2016**

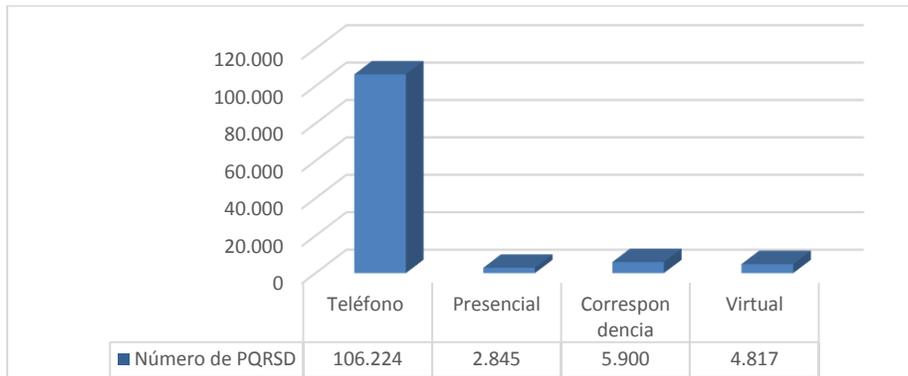


Fuente: Grupo de Atención al Ciudadano

Para el segundo semestre de 2016 se recibió un total de 95.526 atenciones a ciudadanos a través de los diferentes canales dispuestos por el Ministerio.

Así mismo, para el periodo correspondiente de enero a abril de 2017, se gestionaron un total de 119.806 peticiones, a través de los diferentes canales de atención como se aprecia en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 44. Consolidación de PQRSD por canal de atención  
Enero – abril de 2017**



Fuente: Grupo de Atención al Ciudadano

El fortalecimiento de canales de atención para 2016, llevó al GAC a desarrollar estrategias de inclusión para personas sordas, cuya iniciativa parte de la contratación de una persona sorda, con habilidades para la interacción con oyentes y que supiera leer y escribir. Con la interacción cotidiana de esta persona con los servidores del área, se dio inicio a un aprendizaje básico de Lengua de Señas Colombiana, que ha facilitado la atención en ventanilla a personas con ésta condición de discapacidad. Los principales resultados muestran que durante el año 2015 se atendieron solamente 2 personas sordas; para 2016, se incrementaron a 10 y para que lo que lleva corrido del 2017, se han registrado 32 atenciones a personas sordas, sordo ciegas e hipo acusicas.

#### Desarrollo de acciones de articulación sectorial

En este contexto, el Grupo de Atención al Ciudadano - GAC, viene adelantando acciones como:

1. Reconocer al talento humano como factor estratégico para la apropiación de las herramientas. Así fue como se desarrolló un espacio de sensibilización con un total de 70 servidores públicos entre el MinSalud y otras entidades del sector administrativo (Superintendencia Nacional de Salud – SNA, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, Instituto Nacional de Salud – INS, Instituto Nacional de Cancerología – INC, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Sanatorio de Agua de Dios, Sanatorio de Contratación y Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE), que permitió fortalecer la cultura de servicio al ciudadano, propiciando el interés en los participantes por iniciar un cambio de actitud positivo hacia el servicio y facilitando espacios de interacción entre homólogos en las áreas de servicio al ciudadano de las entidades participantes, para la formación de una red de ayuda al ciudadano.

2. En cuanto al fortalecimiento de canales de interacción a nivel sectorial, se desarrolló un proyecto piloto para facilitar la interoperabilidad de los sistemas de gestión documental de PQRSD del MinSalud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, de manera que el traslado de peticiones ciudadanas por competencias, se realizara con mayor eficiencia.

## Sanatorio de Agua de Dios ESE

### Sistema único de habilitación

Se ejecutó el proceso de renovación de la inscripción ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS- acorde a los lineamientos del artículo 9 de la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014.

**Tabla No. 72. Servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud**

GRUPO	NÚMERO DE SERVICIOS	TOTAL SERVICIOS INSCRITOS Y CERTIFICADOS EN CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PESO PORCENTUAL
Internación	2	2	6%
Consulta externa	10	10	31%
Urgencias	1	1	3%
Transporte asistencial	1	1	3%
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	6	6	20%
Protección específica y detección temprana	12	12	34%
Proceso Esterilización	1	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios, Empresa Social del Estado, 2017

El Hospital Herrera Restrepo, cumple con los requisitos exigidos por el Sistema Único de Habilitación, acorde a las tres condiciones del artículo 3 de la Resolución 2003 de 2014:

- 1) Capacidad técnico-administrativa.
- 2) Suficiencia patrimonial y financiera.
- 3) Capacidad tecnológica y científica.

### Programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad – PAMEC

Se enfocó, implementó y evaluó y el plan de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC, versión 7.

Los resultados son:

**Tabla No. 73. Resultados Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC**

PROCESO	No. DE ÍTEMS DE CALIDAD OBSERVADA	No. DE ÍTEMS DE CALIDAD DESEADA	No. DE ÍTEMS DE ACTIVIDADES
Atención al paciente asistencial hospitalario y ambulatorio	6	6	18
Direccionamiento y gerencia	3	3	12
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>30</b>

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios, Empresa Social del Estado, 2017

- 1) Número de acciones de mejora cumplidas: 30
- 2) Porcentaje de cumplimiento: 100%

### Servicio al ciudadano

El Sanatorio de Agua de Dios, continúa garantizando el proceso de servicio al ciudadano, enfocando e implementando los procesos asistenciales y administrativos en una atención centrada en el paciente y su familia. Así mismo, los elementos tales como buzones, carteleras, página WEB y medios de comunicación, continúan colocándose al alcance de los pacientes, usuarios y partes interesadas. El informe de evaluación y satisfacción del usuario del 01 de junio de 2016, a 31 de mayo del 2017, en el informe de calidad del Decreto 2193 en el Sistema de Gestión de Hospitales Públicos de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de Protección Social de Colombia (SIHO).

Los usuarios en los servicios de salud, por lo general aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella cuando participan en encuestas. La satisfacción del usuario expresada en entrevistas y encuestas no significa siempre que la calidad es buena, puede significar que las expectativas son bajas, es posible que este satisfecho porque desee complacer al entrevistador, porque teme que no se le preste los servicios a futuro o porque responde positivamente a la palabra satisfecho. Por lo tanto, nosotros no debemos suponer que los servicios prestados son los más adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan, aun los niveles bajos deben tomarse en cuenta.

La satisfacción observada y obtenida por el paciente y su familia, la vemos reflejada en el siguiente cuadro, del 01 de junio 2016 al 31 de mayo de 2017:

**Tabla No. 74. Resultado de medición de satisfacción**

USUARIOS	JUN-DIC 2016	%	ENE-MAY 2017	%	TOTAL	%
SATISFECHOS	1613	99%	1030	97%	2643	98%
INSATISFECHOS	11	1%	28	3%	39	2%

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios, Empresa Social del Estado, 2017

En los meses de junio a diciembre del 2016, se aplicaron 1.624 encuestas, de enero a mayo del 2017, se aplicaron 1.058 encuestas, de los cuales un 98%, responden estar satisfechos con los servicios de salud del SAD y el 2% se encuentra insatisfecho.

Consideran que la atención ha mejorado respecto a años anteriores y destacan el esfuerzo por mejorar la accesibilidad. Hacen especial mención sobre la apertura de las ventanillas, la ubicación de digiturno lo mismo que la facturación de laboratorios directamente en el sitio de atención permitiendo que el trámite se haga con rapidez y la atención se dé en el tiempo programado.

Las actividades que se están desarrollando en las salas de consulta externa y urgencias en los cuales los usuarios se les entrega estos plegables con información de interés para la salud (hipertensión, diabetes, lactancia materna, toma de citología, toma de muestras de laboratorio, toma de medicamentos, dietas) recomendaciones generales de acuerdo

a la necesidad de cada usuario, Lo mismo que portafolio de servicios, horarios, especialidades formato de deberes y derechos.

Se está priorizando la atención de las personas discapacitadas, adulto mayor con limitaciones auditivas, visuales sin escolaridad se les hace el proceso de sacar la ficha, facturar e indicarles al llamado del médico.

### Gestión talento humano

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., a través del compromiso y apoyo de la gerencia viene fortaleciendo la gestión del talento humano, promoviendo actividades que facilitan la gestión organizacional y la calidad de vida de nuestros servidores públicos, mediante la ejecución de tres planes estratégicos liderados por la Coordinación del Grupo de Trabajo de Talento Humano:

- El Plan Institucional de Capacitación para fortalecer las competencias de nuestros servidores públicos.
- El Plan de Bienestar Social que ha mejorado el clima y la cultura organizacional.
- El Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual busca ambientes de trabajos seguros y la prevención de accidentes y enfermedades laborales.

**Resultados Plan Institucional de Capacitación:** El Plan Institucional de Capacitación ha fortalecido las competencias de los servidores públicos mediante acciones formativas en temas transversales, misionales y administrativos. Durante el periodo de referencia se han desarrollado actividades de educación continua con el fin de fortalecer las competencias específicas de nuestro equipo del área de la salud en cumplimiento a los requisitos del Sistema único de habilitación y desarrollamos proyectos de aprendizaje enfocados en la seguridad del paciente y su familia.

**Tabla No. 75. Actividades de capacitación**

Resultados		
Actividades ejecutadas	Actividades programadas	% cumplimiento
16	19	84%

Fuente: Grupo de Trabajo de Talento Humano

### Resultados participación servidores públicos

**Tabla No. 76. Medición participación**

Resultados		
Total planta	Participantes capacitación	% participación.
270	220	81%

Fuente: Grupo de Trabajo de Talento Humano

**Resultados Plan de Bienestar Social e Incentivos:** En el Plan de Bienestar Social e Incentivos se han generado acciones encaminadas a fortalecer y mejorar la calidad de vida de nuestro talento humano y sus familias, así como adoptar medidas de intervención que contribuyan a mejorar el clima organizacional. A continuación presentamos los resultados de nuestra gestión:

**Tabla No. 77. Resultado plan de bienestar social**

Resultados		
Actividades ejecutadas	Actividades programadas	% cumplimiento
8	8	100%

Fuente: Grupo de Trabajo de Talento Humano

**Tabla No. 78. Resultados participación servidores públicos**

Resultados
------------

Total planta	Beneficiarios Bienestar Social	% participación
270	270	100%

Fuente: Grupo de Trabajo de Talento Humano

**Resultados Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo:** El “Programa de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo” de nuestra entidad junto con la ARL POSITIVA ha desarrollado un fuerte trabajo en la formulación de políticas y la documentación del sistema, así como el desarrollo de acciones preventivas con el fin de generar la conciencia del auto-cuidado en nuestros servidores públicos y garantizar ambientes de trabajos seguros que minimicen la ocurrencia de accidentes de trabajo y la prevención de enfermedades laborales. A continuación presentamos los resultados de nuestra gestión:

**Tabla No. 79. Resultados Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo**

Resultados		
Actividades ejecutadas	Actividades programadas	% cumplimiento
48	62	77%

Fuente: Grupo de Trabajo de Talento Humano

**Tabla No. 80. Resultados participación servidores públicos**

Resultados		
Total planta	Beneficiarios Seguridad y Salud en el Trabajo	% participación
270	270	100%

Fuente: Grupo de Trabajo de Talento Humano

## Instituto Nacional de Salud - INS

### Simplificación de trámites

El INS cuenta con Tres (3) Trámites y Seis (6) OPA inscritos en el SUIT los cuales pueden consultarse en portal SiVirtual en [www.sivirtual.gov.co](http://www.sivirtual.gov.co)

En el 2016, quedaron inscritos dos trámites denominados Emisión de Conceptos toxicológicos de plaguicidas y Emisión de Dictamen técnico toxicológico para plaguicidas químicos de uso agrícola, de igual manera dos OPA, Adquirir Medios de Cultivos y Adquirir Suero Antiofídico Polivalente. Igualmente, se realizaron ajustes conforme se describen a continuación:

El 4 de enero de 2017, se ajustan los nombres registrados en la ventana de Transparencia y Acceso a la Información y se registra el trámite Emisión de dictamen técnico toxicológico para plaguicidas químicos de uso agrícola.

Los OPA registrados en el SUIT para racionalizar en 2017 son: Adquirir Animales de Laboratorio y alquiler de las salas de experimentación. Mejora a Implementar: Implementar el pago en línea. Adquirir Suero Antiofídico Polivalente. Mejora a Implementar: Cotización en línea. Adquirir Suero Antiofídico Polivalente. Mejora a Implementar: Botón de Pago PSE

### Planes anticorrupción

El INS publicó el PAAC INS 2016, se realizaron tres monitoreos a cargo de la Oficina Asesora de Planeación -OAP y fueron remitidos a la Oficina de Control Interno -OCI, se creó el Equipo de Trabajo de Rendición de Cuentas mediante Circular 037 de 2016. Se actualizó en agosto el PAAC INS 2016 V. 2 y se publicaron dos informes de rendición de

cuentas incluyendo la evaluación de la estrategia de rendición de cuentas, adicionalmente los 19 procesos de la entidad actualizaron sus riesgos de corrupción realizando el continuo monitoreo de los mismos.

### **Atención al ciudadano**

Se contó con una participación ciudadana en la radicación para el periodo comprendido entre el 01 de junio 2016 a 31 de mayo 2017 de 2033 PQRSD obteniendo una oportunidad de respuesta del 98%, de esta forma hacemos visible y transparente la gestión institucional a quien lo solicite.

### **Fondo de Previsión Social del Congreso – FONPRECON**

FONPRECON dispuso para 2016, las actividades que conforman la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía y en este sentido la estrategia contempló una audiencia pública, dos conversatorios y dos talleres dirigidos a personas interesadas en el régimen de prima media, en particular a aquellos que se encuentren cercanos al cumplimiento de los requisitos para acceder a una pensión.

La audiencia pública de rendición de cuentas se realizó el 7 de septiembre de 2016, en el auditorio del Departamento Administrativo de la Función Pública, de 2:00 pm a 5:00 pm y en ella participaron 83 personas, donde se realizó la exposición de los temas definidos en las reuniones de preparación que sostuvo el equipo directivo de la Entidad.

En el mismo sentido, los días 13 y 27 de octubre de 2016, en FONPRECON se realizaron dentro de su estrategia de rendición de cuentas, los dos conversatorios y dos talleres de pre pensionados dirigidos a todos los funcionarios del Congreso de la República, sobre las ventajas del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, la Pensión Ley 797 de 2003, el régimen de transición y bonos pensionales. Los talleres abarcaron temas como historia laboral, tiempos válidos para solicitar una prestación, mecanismos de resolución de los casos de múltiple vinculación, requisitos para acceder a la pensión y liquidación de mesadas pensionales, brindando además atención personalizada respecto de estos temas.

### **Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia**

#### **Comités de evaluación de servicios de salud**

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, presta los servicios de salud a los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud teniendo por mandato legal la población objeto, los pensionados y sus beneficiarios de las empresas liquidadas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia. Siendo muy cercanos a nuestros usuarios generamos espacios de participación ciudadana a través de los comités de Evaluación de Servicios de Salud tanto regionales como locales; de los que hacen parte las veedurías ciudadanas legalmente constituidas, haciendo seguimiento a la prestación de los servicios de salud; en dichos comités, se da respuesta a las inquietudes y observaciones de los usuarios, en donde tanto los veedores como los representantes de la Entidad tiene una participación activa frente a los prestadores de salud, de los cuales resultan planes de mejoramiento y están apoyados por seguimientos específicos y un monitoreo constante de la prestación de los servicios de salud.

#### **Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano**

La entidad formuló el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2016, aprobado el 31 de marzo de la misma vigencia, en el que se definieron 13 riesgos de corrupción, al finalizar la vigencia no se materializó ninguno y

se dio cumplimiento a los demás componentes según se registró en los seguimientos del Grupo de Trabajo de Control Interno.

En el año 2017, se formuló el plan teniendo en cuenta la metodología para la construcción del mismo emitida por el DAFP, su construcción se realizó con la participación de los coordinadores de los Grupos de Trabajo de la Entidad, éste fue socializado con cada uno de los procesos responsables del cumplimiento de las actividades dando a conocer la importancia de su cumplimiento en cada cuatrimestre.

Para el año 2017, se aprobó su formulación en el Comité de Desarrollo Administrativo el 31 de enero de los corrientes.

**Modelo de Seguridad y privacidad de la Información:** Durante el año 2016 y 2017, dando cumplimiento a lo establecido Decreto 1078 de 2015, del Ministerio de las tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, al interior de la entidad se realizaron las siguientes actividades teniendo en cuenta el componente de Seguridad y privacidad de la información, así:

- Estado actual de la gestión de seguridad y privacidad de la información al interior de la Entidad
- Identificación el nivel de madurez de seguridad y privacidad de la información en la Entidad
- Política de Seguridad y Privacidad de la Información
- Roles y responsabilidades de seguridad y privacidad de la información
- Inventario de activos de información e índice de información clasificada
- Planeación, ejecución y evaluación del programa de concienciación sobre seguridad y privacidad de la información del sistema de gestión de la seguridad la información.

Las actividades descritas fueron socializadas y aprobadas en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo con acta No 002.

De otra parte, se ha venido trabajando en la actualización de la documentación del proceso Gestión Tic's relacionada con los lineamientos dispuestos en la Estrategia de Gobierno en Línea, al igual que se realizó la Identificación de los riesgos, los cuales se encuentran en proceso de evaluación por cada uno de los procesos y así proceder a su valoración y tratamiento.

**Simplificación de trámites:** El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, tiene formulado en el Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano del año 2017 dentro del componente Racionalización de Trámites la creación del "Formulario Único de Prestaciones Económicas", a cargo del Proceso de Gestión Prestaciones Económicas, el cual fue avalado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Calidad y se procederá a su envío al Departamento Administrativo de la Función Pública para su aprobación.

## **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA**

### **Sistemas de gestión**

El Invima es una entidad estructurada, orientada por procesos y que genera valor. En 2016 se obtuvieron las siguientes recertificaciones que evidencian el fortalecimiento de la institución y contribuyen con el cumplimiento eficaz de su misión:

- Como autoridad sanitaria de referencia regional para medicamentos y productos biológicos en las Américas – Agencia Nivel IV.

- Sistema de Gestión de Calidad bajo las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008 otorgada por ICONTEC, por tres años más.

Igualmente, en 2017, previo cumplimiento de los requisitos de acreditación y la mejora continua, el comité de acreditación de la ONAC autorizó la renovación y autorización del alcance de la acreditación de los laboratorios con base en la norma ISO/IEC- 17025:2005-NTC-ISO/IEC-17025:2005

## Transparencia

En el marco de las acciones encaminadas a la comunicación más efectiva entre la entidad y los ciudadanos y como una forma de promover el uso y consumo responsable de los productos objeto de vigilancia del instituto, Invima lanzó en 2016 “[A lo Sánchez](#)”: Serie web de 8 capítulos transmitidos por redes sociales y canal institucional, que logró más de 2 millones de reproducciones y 10.255.292 personas alcanzadas mediante las publicaciones de Publímetro, Youtube y Facebook.

El Invima es la sexta entidad más transparente, de acuerdo con el Índice de Transparencia Nacional de las Entidades Públicas 2015-2016 y primera en el sector salud, presentando un avance en la calificación y mejorando 8 puestos respecto a la medición anterior.

## Simplificación de trámites

Con el fin de continuar con las acciones de racionalización de trámites, Invima aplicó para 2016, acciones de racionalización para 17 trámites, 24% del total. En 2017 se ha racionalizado dos trámites con acciones de racionalización normativa y administrativa, beneficiando a los usuarios en la reducción de los tiempos de respuesta.

## COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES

### Ministerio de Salud y Protección Social - Gestión de Nuevas Alianzas de Cooperación Internacional

Durante el periodo 1 de junio de 2016, hasta el 31 mayo de 2017, el Ministerio de Salud ha gestionado alianzas de Cooperación Internacional por la suma de 9.743.073 USD, tal como se detalla a continuación:

**Tabla No. 81. Gestión de Cooperación Internacional**

Título del convenio o acuerdo	Cooperante	Fecha inicio	Recursos (USD)
Crowdsourcing Inteligente para Zika	BID	01/07/2016	NA
Costeo de las acciones en salud en el marco de los acuerdos de La Habana	OPS	01/07/2016	10.000
Asesoría para el Fortalecimiento de las Medidas de Control de Tabaco en Colombia	Ministerio de Salud de Uruguay	01/08/2016.	NA
Memorando de entendimiento entre el Ministerio de salud y protección social de Colombia y la Organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura (FAO)	FAO	24/08/2016	NA
Convenio de Cooperación Técnica y Financiera para la implementación del Marco Nacional de Cualificaciones	PNUD	20/09/2016	2.106.639
Convenio de Cooperación Internacional entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Formulas Terapéuticas Nutricionales.	UNICEF	21/09/2016	476.434

<b>Acuerdo De Subvención VIH SIDA</b>	Fondo Mundial	01/11/2016	7.000.000
<b>Plan de contingencia en Salud ZVTN y PTN</b>	OIM	01/11/2016	150.000
<b>Proyecto Apoyo a la gestión de la calidad de la atención sanitaria y la gestión financiera en Colombia</b>	Ministerio de Salud de Corea, HIRA, NHIS,	01/11/2016	NA

### **Nueva Subvención de VIH SIDA Fondo Mundial**

En este contexto se destaca la puesta en marcha, en febrero de 2017, de una subvención apoyada por el Fondo Global en Colombia para el desarrollo del proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH-Sida y el Modelo Integrado de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas”. Esta iniciativa, que cuenta con una financiación aproximada de 7 millones de dólares y busca contribuir con la sostenibilidad y expansión de la respuesta nacional para la prevención y el control de la epidemia de VIH/SIDA en el país; fortalecer y consolidar el trabajo que se ha venido desarrollando por parte del Ministerio de Salud, las Entidades Territoriales, la sociedad civil y todos los actores involucrados en el diseño e implementación de las políticas públicas y en la prestación de los servicios de salud para la prevención y atención del VIH /SIDA en Colombia. Este proyecto se desarrollaría Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira y Cartagena.

### **Marco de Evaluación de la Cooperación Internacional para el Ministerio de Salud y Protección Social**

Con la cooperación de la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas -FIIAPP- y el Centro de Aprendizaje en Evaluación y Resultados (CLEAR por sus siglas en inglés) del Banco Mundial, se ha diseñado un marco conceptual de evaluación de la cooperación internacional que desarrolla el Ministerio y se realizó un piloto territorial de evaluación de la cooperación brindada por la OIM, en el marco del convenio 547 de 2015, con recomendaciones para la planeación estratégica de la Cooperación Internacional en el sector salud, teniendo como base los principios de la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. En este contexto, se promueven principios como la apropiación territorial; la elaboración de Marcos de planeación conjuntos entre el MSPS, las agencias y los territorios, y una fuerte alineación con el MIAS en zonas rurales y dispersas.

### **Participación de Colombia en la Organización Mundial de la Salud (OMS)**

En desarrollo de la 140ª sesión del Consejo Ejecutivo que se llevó a cabo entre el 23 y el 31 de enero de 2017, se abordaron 58 puntos de agenda y entre los resultados más importantes para el país en el marco de este Comité, se destaca el posicionamiento de los intereses nacionales particularmente en las decisiones sobre la estrategia global sobre salud pública y propiedad intelectual y la resolución sobre salud de los migrantes, en negociación de las cuales la delegación tuvo una activa participación. Otros de los temas en los cuales el país cumplió un rol estratégico, fueron en las negociaciones relativas a cáncer, vacunas y drogas, en los cuales, por el buen nivel técnico de las posturas planteadas, se reconoció a Colombia como un referente técnico importante para la concertación de textos de resolución con contenidos técnicos relevantes. Adicionalmente, el Consejo adoptó una resolución sobre septicemia y 3 decisiones sobre polio, enfermedades no transmisibles y demencia, copatrocinadas por Colombia.

El Ministerio coordinó, en conjunto con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la participación del país en la 70ª Asamblea Mundial de la Salud. Como principal resultado de la participación del país se destaca la decisión para fortalecer el mandato a la OMS, en consonancia con los nuevos enfoques para las políticas de drogas que vienen

siendo promovidos por Colombia a nivel internacional; igualmente se adoptó una decisión en materia de prevención y control del cáncer, donde se promueve el uso de flexibilidades en materia de propiedad intelectual para garantizar el acceso a medicamentos de alto costo, y una tercera en materia de vacunas donde se logró avanzar en compromisos relativos a la erradicación global del sarampión y la rubeola.

### **Sistema Mesoamericano de Salud Pública (Proyecto Mesoamérica)**

Colombia asumió la Presidencia Pro Témproe del Sistema Mesoamericano de Salud Pública el 1° de julio de 2016, por periodo de 1 año. En ejercicio de la Presidencia, el Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la I Reunión de Coordinadores Nacionales del SMSP, con el propósito de conformar el Grupo de Trabajo de los Coordinadores Nacionales del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, como instancia de coordinación y articulación del Sistema. Lo anterior, con el fin de fortalecer la apropiación y las sinergias entre el trabajo regional y nacional y la capacidad institucional del Mecanismo.

Como resultado del taller, los participantes aprobaron una hoja de ruta en donde se definieron las actividades, responsables y plazos para los siguientes ejes temáticos priorizados: Fortalecimiento Institucional; Planes Maestros y Planes Nacionales; Gestión de Recursos; Agenda Mesoamericana de Salud; Instituto Mesoamericano de Salud Pública; e Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.

### **Conferencia Iberoamericana de Ministros de la Salud**

El Ministerio de Salud y Protección Social, en calidad de Presidencia Pro Témproe de la Conferencia Iberoamericana, realizó, durante los días 5 y 6 de septiembre de 2016, la XV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, con el objetivo de identificar y consolidar herramientas que orienten de manera clara a los gobiernos hacia el diseño e implementación de políticas públicas de salud para jóvenes con miras al desarrollo sostenible y la equidad social. Dentro de los principales resultados se destaca una declaración donde los países asumieron compromisos para fortalecer las políticas públicas para abordar el consumo problemático de drogas, el impacto de la doble carga del estado nutricional, los y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en Iberoamérica.

### **Instituto Nacional de Salud - INS**

#### **Cooperación y relaciones internacionales**

- Obtención de dos financiaciones en proyectos de investigación con TEPHINED y CDC.
- Liderazgo con el Ministerio de Salud y la OPS para la participación de Colombia en la revisión de la Declaración Mundial sobre bioética en donación de componentes anatómicos humanos.
- Generación proyecto bioseguridad (Koica) en conjunto con LNR
- Propuesta proyecto “Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en la vigilancia de eventos en salud pública, control sanitario e investigación para el laboratorio de salud pública de La Guajira” en conjunto con Invima y MSPS
- Participación en proyectos ZEN, VEZ, vigilancia entomológica.

### **Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE)**

## Farmacodependencia

El Fondo Nacional de Estupefacientes, tiene entre sus funciones según Decretos 205 de 2003 y 4107 de 2011, apoyar los programas contra la farmacodependencia que adelanta el Gobierno Nacional a través de la cofinanciación de proyectos presentados por alcaldías y gobernaciones para lo cual se dispone de un rubro de transferencias que para el 2016 fue de \$1.236 millones.

En el segundo semestre de 2016, la entidad continuó con la supervisión a la ejecución de 7 convenios previamente suscritos con los municipios de Cartagena, Florencia, Itagüí, Melgar, Puerto Carreño, Rionegro y Valledupar tendientes a la implementación de estrategias de prevención basadas en el programa DARE de la Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional y el 16 de agosto se firmó un convenio adicional con el municipio de Barichara Santander, para ese mismo programa, por valor de 78.000.000. Tras gestionar un traslado presupuestal interno para disponer de recursos para convenios adicionales con municipios, se lograron concretar los siguientes proyectos, que incluían estrategias basadas en la evidencia de comprobada efectividad de acuerdo con los lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud y Protección Social, mejorando así la ejecución del presupuesto que alcanzó el 78 %.

**Tabla No. 82. Gestión de Cooperación Internacional**

Objeto del convenio	Valor aporte FNE	Entidad contraparte	Fecha inicio convenio
Dar continuidad al programa de prevención selectiva e indicada para jóvenes experimentadores de sustancias psicoactivas	\$49.999.868	Municipio de Itagüí	2016/11/10
Ejecutar el proyecto prevención al consumo de drogas psicoactivas en el municipio, de acuerdo a las actividades y los términos contenidos en el programa presentado, con la población señalada en el proyecto.	\$39.055.000	Municipio de Timbio - Cauca	2016/11/16
Ejecutar el proyecto "estrategia treatnet" en el municipio de Yopal Casanare, de acuerdo a las actividades y los términos contenidos en el programa presentado, con la población señalada en el proyecto.	\$62.430.000	Municipio de Yopal - Casanare	2016/12/05
Ejecutar todas las actividades programadas señaladas en el proyecto denominado "fortalecimiento de espacios lúdicos recreativos, culturales y comunitarios para la reducción y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas a través de estrategias de dispositivos comunitarios (centro de escucha y zonas de orientación escolar)	\$57.000.000	Municipio de Tambo - Cauca	2016/12/05
<b>Total</b>		<b>208.484.868</b>	

Fuente: Construcción FNE

Paralelamente se avanzó en una estrategia para optimizar la ejecución de dichos recursos y adoptar medidas más eficaces, basadas en evidencia y que cuenten con evaluación de resultados, a través de la articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Promoción y Prevención, y el Ministerio de Justicia – Dirección de Política de Drogas. Esto se concretó con la decisión de actualizar la metodología de presentación, evaluación y cofinanciación de proyectos en la cual se recoge la articulación antes mencionada así como la alineación con Plan para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021 aprobado por el Consejo Nacional de Estupefacientes a través de la Resolución 007 de 2015, el cual se constituye en la hoja de ruta oficial del gobierno nacional para atender el consumo de drogas a través de líneas claras de fortalecimiento institucional, la promoción de la convivencia social y la salud mental, y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el tratamiento y reducción de daños, con un fuerte llamado al compromiso intersectorial.

En desarrollo de esa articulación y nueva estrategia de cofinanciación de proyectos, para el 2017, contando con un presupuesto total asignado de 1235,8 millones de pesos, el Fondo Nacional de Estupefacientes, en el componente de Prevención definió el apoyo a la ejecución del programa "Familias Fuertes" con los siguientes territorios y presupuestos:

**Tabla No. 83. Programa Familias Fuertes**

Entidad contraparte	Valor aporte fne
---------------------	------------------

Barranquilla	\$ 117.644.771
Risaralda	\$ 150.002.000
Cauca	\$ 150.000.000
<b>Total</b>	<b>\$ 417.646.771</b>

Y por otro lado, se definió cofinanciar en 5 municipios con evidente problemática de consumo de heroína, la implementación del plan de respuesta a esta droga a través de estrategias de reducción de riesgos y daños con los siguientes presupuestos:

**Tabla No. 84. Plan de respuesta frente al consumo de heroína**

Entidad contraparte	Valor aporte fne
Cali	\$300.000.000
Santander de Quilichao	\$220.000.000
Armenia	\$100.000.000
Cúcuta	\$100.000.000
Pereira	80.000.000
<b>Total</b>	<b>\$800.000.000</b>

A 31 de mayo de 2016 se concretaban aún las gestiones para lograr la suscripción de los convenios y su ejecución.

### **Gestión para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos del Estado a través del FNE como laboratorio farmacéutico público**

La Ley 30 de 1986 en su artículo 20 asigna al Ministerio de Salud, entre otras funciones, "*Importar y vender, conforme a las necesidades sanitarias... drogas que produzcan dependencia.... La importación y venta... se hará exclusivamente a través del Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud*" y a su vez el Decreto 3788 de 1986 en su artículo 25 determina que "*El Ministerio de Salud señalará, dentro de la lista de medicamentos de control especial, cuáles serán elaborados y distribuidos exclusivamente por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes de ese Ministerio*", constituyéndose un monopolio a favor del Ministerio de Salud para importar, fabricar y distribuir con exclusividad algunos medicamentos, lo cual fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C-697/08.

El hoy Ministerio de Salud y Protección Social ha definido mediante Resolución N° 1478 de 2006, el listado de dichos medicamentos dando lugar a que los registros sanitarios de estos medicamentos, reconozcan al Fondo Nacional de Estupefacientes como titular de los mismos o en su defecto como distribuidor exclusivo, y al mismo tiempo generando que exista un solo producto en el mercado en cada caso y que el Fondo Nacional de Estupefacientes deba responder por abastecer adecuadamente la demanda nacional y gestionar su disponibilidad y acceso para todo el país, como bien lo establecen los Decretos 205 de 2003 y 4107 de 2011 al definir las funciones actuales de la entidad, como unidad ejecutora con autonomía administrativa y financiera, siendo esta además la principal fuente de ingresos de la entidad.

En el segundo semestre de 2016, y continuando en el primer semestre de 2017, con el propósito de avanzar en el cumplimiento de la Política Farmacéutica Nacional desde lo que le compete a la entidad como laboratorio farmacéutico estatal, y así mismo dar aplicación a los principios de accesibilidad, oportunidad y eficiencia contemplados en la Ley 1751 de 2015., se dio un giro a la gestión en la materia, desarrollando las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de la planeación de las actividades y la ejecución presupuestal a través de la reconfiguración de un Comité Técnico del Fondo Nacional de Estupefacientes mediante Resolución N° 459 del 10 de agosto de 2016, encargado de analizar las estadísticas de ventas, desabastecimiento y demanda de los medicamentos del Estado y a partir de nuevas herramientas de análisis, definir las cantidades de cada medicamento o materia prima a adquirir así como el cronograma correspondiente. Así mismo, para mejorar lo relacionado a la etapa precontractual se reconfiguró también el comité asesor de contratación mediante Resolución N° 443 del 05 de agosto de 2016.

Con fundamento en dicha mejora en la planeación, se realizaron adiciones presupuestales y nuevas contrataciones en el segundo semestre de 2017 por valor de 1.645 millones de pesos con lo cual se alcanzó un indicador de ejecución presupuestal en este rubro, del 96,2 %.

- Innovación y desarrollo a través de la contratación de nuevos medicamentos para ampliar el portafolio de la entidad a través de la generación de medicamentos de fabricación nacional que complementen y bajen los costos de algunos de los actualmente importados, esto es, en el segundo semestre de 2016 se firmaron contratos para el desarrollo de Metadona HCl 10 mg Tableta, Metadona HCl 40 mg Tableta y Primidona 250 mg Tabletas de los cuales el Fondo Nacional de Estupefacientes será el titular. Así mismo se inició el desarrollo con una reformulación del medicamento Hidromorfona HCl 5 mg tabletas para ser lanzado en el segundo semestre de 2017, toda vez que el mismo había sido retirado del mercado. En el primer semestre de 2017 se avanzó así mismo en la estructuración de procesos tendientes al desarrollo de metadona en solución oral y metilfenidato tabletas 10 mg, los cuales se espera concretar en el segundo semestre del año en curso.
- Acciones para mejorar acceso a pacientes, diagnosticar y superar barreras de acceso así como aumentar ventas de los medicamentos a cargo del Fondo Nacional de Estupefacientes. El 9 de diciembre de 2016 se expidió la Circular N° 16 del FNE, con el objeto de:
  - Relanzar los medicamentos de control especial monopolio del Estado, cuyo principio activo es el fenobarbital, en concentraciones de 400 mg/100 mL (solución Oral) y 10 mg (Tableta), que habían salido del mercado temporalmente.
  - Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos monopolio del Estado, convocando a las Secretarías Departamentales de Salud para que, a través de los FRE, gestionen los contratos, convenios, pedidos y compras necesarias y racionales para asegurarse que la disponibilidad con la que se cuenta a nivel central se traduzca en accesibilidad en cada uno de los territorios.
  - Divulgar la nueva imagen de los medicamentos monopolio del Estado, con marco en lo dispuesto en el Decreto 843 de 2016, actualizando la información en el sentido de eliminar las franjas de color violeta y verde; así mismo, se incluyó el logo del programa de pos consumo de medicamentos de la Corporación Punto Azul, en cumplimiento de la responsabilidad social corporativa del FNE frente a la obligación de gestionar adecuadamente los residuos de medicamentos, conforme a la Resolución N° 371 de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.

A su vez se trabajó en una nueva fórmula de definición de los precios de venta de los medicamentos, dando aplicación a los principios de la Ley 36 de 1936, por la cual se creó el Fondo Nacional de Estupefacientes, en el sentido de que el producto que se obtenga por la venta de estos medicamentos no solo cubra su costo sino que permita destinar recursos para ejercer la vigilancia y control necesarias para prevenir el tráfico ilícito así como atender el consumo indebido de drogas.

Paralelo a esto, se han revisado los procesos internos de cotización, despacho y facturación de los medicamentos, identificando oportunidades de mejora para hacer más eficiente la venta y entrega de los mismos.

Una acción adicional ha sido la definición de políticas nuevas en materia de celebración de contratos con las Secretarías de Salud, quienes son los principales clientes de la entidad y canales de distribución de los medicamentos monopolio del Estado. Con la asesoría de Colombia Compra Eficiente, se ha venido implementando un contrato modelo de suministro de medicamentos a los entes territoriales de salud que se ha traducido en mejores condiciones comerciales para ellos (pago a 30 días, siempre que haya contrato vigente, registrado y con saldo disponible por ejecución) y menores tiempos de trámite.

También se planteó en el Plan de Acción 2017 12 visitas de acompañamiento técnico a las Secretarías de Salud, focalizándose en aquellas que presentan mayores problemas para responder con las nuevas políticas en materia de accesibilidad a los medicamentos y hasta finales del primer semestre se concretaron las correspondientes a los departamentos de Cesar y Guajira.

Por último es importante mencionar que se ha mejorado la gestión y trabajo en equipo con las sociedades científicas, en particular con las relacionadas con el dolor, cuidados paliativos y anestesiología, en el marco de la implementación de la Ley 1733 de 2014, con quienes se han tenido mesas técnicas de trabajo y resultado de las mismas se ha logrado que el Fondo Nacional de Estupefacientes sea invitado a participar de congresos tales como el III Congreso Nacional de Dolor y Cuidado Paliativo, organizado por la Asociación Colombiana de Intervencionismo Analgésico y Neuromodulación en Bogotá el 11 y 12 de mayo de 2017, así como el 5º Congreso Grunenthal Primary Care.

Resultado de estas gestiones se cerró el 2017 con un histórico de ventas de 15.844 millones, lo cual representa un crecimiento del 24% con respecto al 2015 y con corte a 31 de mayo de 2017 las ventas suman \$ 3.839.802.133.

### **Otras acciones importantes para mejorar la operación del Fondo Nacional de Estupefacientes como titular de registros sanitarios de medicamentos**

- Mantenimiento de la bodega y aumento de la capacidad de almacenamiento así como gestión para la implementación y seguimiento al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). En el mes de diciembre (13 y 14) se recibió visita de auditoría por parte del INVIMA sin que se dejasen hallazgos al respecto.
- Fortalecimiento e implementación del Programa de Farmacovigilancia para medicamentos monopolio del Estado. Durante el segundo semestre de 2016 y primer semestre de 2017 se ha venido efectuando la reestructuración y fortalecimiento del Programa de Farmacovigilancia del Fondo Nacional de Estupefacientes, orientado a la integración con los nodos de Farmacovigilancia del INVIMA y con los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE).
- A través del convenio vigente que se tiene con la Corporación Punto Azul (CPA), se ha continuado trabajando en pro de la implementación de medidas para la gestión adecuada de los medicamentos vencidos, parcialmente consumidos o deteriorados. El 09 de marzo de 2017 se llevó a cabo el Evento de socialización a la Industria Farmacéutica de la Iniciativa de Gestión de Destrucción de medicamentos de control especial y/o monopolio del Estado vencidos, parcialmente consumidos y deteriorados a través de la Corporación Punto Azul, conforme a la Circular 01 del 08 de marzo de 2017.

### **Fortalecimiento institucional para una gestión eficiente a favor de los grupos de valor**

En el marco del Fortalecimiento Institucional, durante el segundo semestre de 2016 el FNE, mediante Resolución N° 735 del 25 de noviembre de 2016, previa aprobación del Consejo de Administración en sesión del 7 de noviembre, efectuó modificación a la estructura organizacional de la entidad, creando nuevos grupos internos de trabajo que respondan a la visión moderna de su misión.

Así mismo, dado el actual proceso de articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social y a la necesidad de adecuar los procesos a la nueva estructura, se viene adelantando la reconstrucción de los procedimientos a cargo de la Unidad, de acuerdo al modelo del Sistema Integrado de Gestión – SIGI del Ministerio, para lo cual ha sido necesaria la creación de nueva documentación y formatos avalados por la Dependencia de Desarrollo Organizacional del Ministerio.