

# Informe al Congreso de la República 2015-2016

## Sector Administrativo de Salud y Protección Social



MINSALUD

**Bogotá, D. C., julio de 2016**

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

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

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

#### **DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**Luis Gabriel Fernández Franco**  
Director Jurídico

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

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

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

**Germán Escobar Morales**  
Jefe Oficina de Calidad

**Juan Pablo Corredor Pongutá**  
Jefe Oficina de Promoción Social

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

**Ricardo Adolfo Amórtegui González**  
Grupo de Comunicaciones

**Jaime Eduardo Matute Hernández**  
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

#### **VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**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

**Sandra Lorena Girón Vargas**  
Directora de Epidemiología y Demografía

**Claudia Milena Cuéllar Segura**  
Directora ( E ) de Epidemiología y Demografía

**Héctor Eduardo Castro Jaramillo**

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**Fernando Ramírez Campos**

Director ( E ) de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**Andrés López Velasco**

Director U. A. E. Fondo Nacional de Estupeficientes

**VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL****Félix Régulo Nates Solano**

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

**Álvaro Rojas Fuentes**

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

**Omar Hernán Guaje Miranda**

Director de Financiamiento Sectorial

**José Luis Ortiz Hoyos**

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

**SECRETARÍA GENERAL****Martha Ruby Narváez Otero**

Subdirección de Gestión de Operaciones

**Ivonne Yadira Gamboa Vesga**

Subdirección Administrativa

**Manuel José Canencio Maya**

Subdirección Financiera

**Nohora Teresa Villabona Mujica**

Subdirección de Gestión del Talento Humano

**Consuelo García 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 General ( E ) Instituto Nacional de Cancerología

**Esperanza Inés Rojas Gutiérrez**

Gerente Sanatorio de Agua de Dios

**Mirian Rocío Carreño Gutiérrez**

Gerente Sanatorio de Contratación

**Francisco Álvaro Ramírez Rivera**

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

**Jaime Luis Lacouture Peñalosa**

Director General Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Crédito diseño de la portada:  
**Grupo de Comunicaciones**

Edición y consolidación:

**Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales**

Mario Fernando Cruz Vargas - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (aprobación final)

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

**Grupo de Planeación**

(consolidación y corrección de estilo)

William Jiménez Herrera – Coordinador Grupo de Planeación

Introducción del documento:

Mario Fernando Cruz Vargas

Javier Ricardo Bohórquez G.

## Informe al Congreso 2015–2016

### Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>2. INNOVACIONES NORMATIVAS Y AJUSTES INSTITUCIONALES .....</b>	<b>18</b>
2.1. Decreto 2353 de 2015. Sistema de Afiliación Transaccional .....	18
2.2. Resolución 1328 de 2016. Eliminación de los CTC .....	19
2.3. Otros avances de la Ley Estatutaria: mecanismo de definición del PBS. ....	21
2.4. Medicamentos y tecnologías en salud.....	21
2.5. Unidad Administradora de los Recursos de Salud.....	30
2.6. Liquidación de CAPRECOM.....	33
2.7. Liquidación de Saludcoop y traslado a Cafesalud .....	36
<b>3. SALUD PÚBLICA .....</b>	<b>39</b>
3.1. Planeación en salud .....	39
3.2. Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.....	44
3.3. Enfermedades transmisibles .....	49
3.4. Enfermedades No Transmisibles (ENT) .....	71
3.5. Salud bucal .....	77
3.6. Mega-Meta.....	78
3.7. Convivencia social y salud mental.....	82
3.8. Dimensión de sexualidad. Derechos sexuales y reproductivos .....	84
3.9. Curso de vida .....	87
3.10. Seguridad Alimentaria y Nutricional .....	90
3.11. Salud ambiental.....	98
<b>4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CALIDAD .....</b>	<b>102</b>
4.1. Infraestructura hospitalaria y dotación .....	102
4.2. Formas funcionales de organización y gestión de servicios .....	103
4.3. Sistema Único de Habilitación .....	105
4.4. Sistema Único de Acreditación.....	106
4.5. Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud.....	107
4.6. Telemedicina.....	109
4.7. Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud .....	109
4.8. Seguimiento y evaluación de actores .....	112
4.9. Guías de Práctica Clínica.....	116
4.10. Desarrollo del talento humano en salud.....	118
4.11. Becas Crédito para formación de especialistas del área de la salud.....	124
4.12. Prevención y atención de emergencias y desastres .....	125
<b>5. PROTECCIÓN SOCIAL .....</b>	<b>132</b>

5.1	Aseguramiento y afiliación.....	132
5.2	Comportamiento de los recursos del sector salud .....	138
5.3	Recuperación y estabilización financiera.....	142
5.4	Actualización del plan de beneficios en salud.....	162
5.5	Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud .....	165
5.6	Unidad de Pago por Capitación (UPC) y senda de igualación.....	165
<b>6.</b>	<b>PROMOCIÓN SOCIAL.....</b>	<b>169</b>
6.1	Víctimas del conflicto armado.....	169
6.2	Población con discapacidad.....	172
6.3	Población inimputable por trastorno mental.....	174
6.4	Mujer y género .....	174
6.5	Persona mayor, vejez y familia.....	175
6.6	Grupos étnicos.....	176
6.7	Habitante de la calle.....	180
6.8	Trata de personas .....	180
<b>7.</b>	<b>INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SGSSS.....</b>	<b>182</b>
7.1	INVIMA.....	182
7.2	Instituto Nacional de Salud-INS.....	191
7.3	Superintendencia Nacional de Salud-Supersalud.....	192
<b>8.</b>	<b>GESTIÓN SECTORIAL.....</b>	<b>199</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

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 (...)”, 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 2015 a mayo de 2016.

A través de la presente introducción se menciona el contexto general en el que se desempeña el sector, así como los avances más significativos ocurridos durante el último año, producto de las principales acciones efectuadas tanto por el Ministerio como por sus entidades adscritas.

La consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), después de algo más de 20 años de expedida la Ley 100 del 93 ha sido un logro trascendental para el país. Esto se ha conseguido a través de un proceso permanente y gradual de reformas que ha seguido los principios orientadores consignados en sus normas. Estas reformas también se producen por el conocimiento institucional adquirido a partir de la experiencia y surgen al tomar en cuenta las oportunidades y los desafíos que plantean los cambios en el entorno. Igualmente, se han originado por el ajuste requerido ante la disponibilidad limitada de los recursos existentes. En general, han comprendido innovaciones considerables al modelo de salud y han perseguido la sostenibilidad financiera del sistema.

Los objetivos de desarrollo sostenible señalan que los países deben avanzar, entre otros aspectos, hacia la cobertura sanitaria universal, la protección contra los riesgos financieros, el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud esenciales, la eliminación de inequidades en las condiciones de salud pública, así como a medicamentos, tecnologías y vacunas seguras. Estos desafíos requieren tiempo, acuerdos sociales, determinación política y mayores recursos.

Durante las últimas décadas, Colombia ha avanzado con éxito en la cobertura universal, el acceso equitativo y la protección financiera. La cobertura universal es casi un objetivo cumplido. En la actualidad, se estima que el 97% de la población (cerca de 47 millones de habitantes<sup>1</sup>) se encuentran asegurados en salud. Así mismo, con la actualización de los planes de beneficios y la unificación entre los regímenes subsidiado

---

<sup>1</sup> En el régimen subsidiado el número de afiliados es de 23 millones de personas. El régimen contributivo supera los 21 millones de afiliados y existe un estimado de 2,4 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados o especiales.

y contributivo, los colombianos –sin distingo de clases sociales– tienen acceso a tecnologías y medicamentos esenciales, incluidos los de alto costo. Los avances en protección financiera han sido más profundos que en la mayoría de los países.

No obstante que los logros del SGSSS colombiano son ampliamente reconocidos<sup>2</sup>, los esfuerzos recientes se ha dirigido a mejorar aspectos importantes como el acceso, calidad, oportunidad, equidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema. En esta misma vía, el último año ha sido clave en la transición hacia un mejor sistema de salud pero también en su estabilización financiera, implementando normas fundamentales como la Ley Estatutaria en Salud–Ley 1751 de 2015 y la Ley 1753 de 2015 o Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un Nuevo País”.

Por medio de la ley estatutaria se ha definido la salud como un derecho humano fundamental, lo que significa que el acceso a los servicios y tecnologías en salud esenciales es una obligación del Estado y una cuestión de dignidad humana. Ante la sanción de la ley, el Ministerio ha iniciado su implementación en distintas dimensiones, teniendo hasta dos años para implementar el mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, que permita ampliar progresivamente los beneficios. De esta manera, los pacientes tendrán derecho a todas las tecnologías, excepto aquellas que estén expresamente excluidas del plan de beneficios.

En armonía con la Ley Estatutaria en Salud, en la que se establece que el servicio en salud no puede ser suspendido por razones administrativas o económicas, se avanzó de manera importante con el Decreto 2353 de 2015 (o decreto de afiliación) con el fin de mejorar el acceso, la continuidad e integralidad de los servicios de salud. El decreto simplifica, clarifica y actualiza las reglas de los procesos de afiliación, novedades, traslados y movilidad. Adicionalmente crea un sistema transaccional para registrar y consultar, en tiempo real, la información relacionada.

Uno de los principales beneficios para los usuarios consiste en que el acceso a la totalidad de los servicios de salud del plan de beneficios se efectuará desde la misma fecha de afiliación o de la efectividad del traslado. Antes, solo se garantizaban las urgencias en los primeros 30 días de afiliación. Además se amplían los beneficiarios del núcleo familiar a hijos menores de 25 años que por distintas razones presenten dependencia económica, aún sin ser estudiantes, a nietos, menores de edad en custodia, personas con incapacidad permanente, entre otros. Igualmente facilita las condiciones para que todo recién nacido quede afiliado al SGSSS desde su nacimiento así los padres no estén inscritos a una Entidad Promotora de Salud (EPS) y establece medidas de protección especial, por ejemplo, para las gestantes.

---

<sup>2</sup> Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2015) “Colombia tiene un sistema de salud bien diseñado, con políticas e instituciones eficaces de las que otros países podrían aprender. La experiencia colombiana merece ser más conocida a nivel internacional”.

Por otra parte, la Resolución 1328 de 2016 estableció el procedimiento para eliminar los Comités Técnico Científicos (CTC), siendo reemplazados por un sistema de información en línea. La resolución desarrolla la Ley 1751 de 2015 si se tiene en cuenta que desde ahora los ciudadanos que requieran medicamentos, tecnologías o procedimientos que no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) podrán recibirlos sin que medien autorizaciones de las entidades promotoras de salud (EPS), simplificando los trámites para el usuario. Así mismo fija los requerimientos, términos, condiciones y mecanismos para la presentación de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). El nuevo sistema debe ser implementado por las prestadoras de servicios y las EPS que le suministran a sus afiliados servicios y tecnologías no cubiertas en el POS. Este nuevo mecanismo fortalece la autonomía médica enunciada en el Art. 17 de la Ley Estatutaria en Salud y la disposición de la información para su autorregulación.

En cuanto al Plan Nacional de Desarrollo (PND), en lo relativo al sector salud, se han establecido nuevas iniciativas acordes con sus pilares y dando continuidad a los importantes avances del SGSSS durante el cuatrienio anterior. Enfatiza en los temas fundamentales que requieren mejora (equidad, acceso, calidad, oportunidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema) e incluye estrategias como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la creación de una unidad que administrará los recursos del sistema, el fortalecimiento de la política farmacéutica (implementada desde el 2012), inversión para los hospitales y medidas para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Mediante Resolución 429 de 2016 y en cumplimiento del Art. 65 de la Ley 1753 de 2015, se adoptó la Política de Atención Integral en Salud. Esta política beneficia a los colombianos porque centra la acción de salud en las personas, no en las IPS ni en las EPS. Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a su cotidianidad. Articula a todos los agentes, ciudadanos, gobiernos territoriales, EPS, prestadores de servicios, proveedores y coordina los sectores orientados al bienestar de la población para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social. La política comprende un componente estratégico (que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo) y un componente operativo (el MIAS), consistente en el marco para la organización de actores e instituciones para que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

Bajo el MIAS las atenciones se realizarán prioritariamente en el entorno familiar, social y comunitario. Se implementarán gradualmente rutas integradas de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes, juventud, trabajadores y la tercera edad. Igualmente se han construido rutas para la población que tiene un riesgo específico de enfermarse o que ya tenga un daño en la salud. Con el

MIAS se fortalecerán los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. La coordinación estará, en lo posible, a cargo de médicos especialistas en medicina familiar de manera que se aumente la capacidad resolutive y se pueda responder a las necesidades de la población.

Teniendo en cuenta los retos adicionales que tienen que enfrentar las zonas con población rural dispersa, se dio inicio al MIAS para zonas apartadas. Inicialmente se emprendió este nuevo modelo a través de un piloto en el departamento de Guainía que está mostrando el camino para que el sistema se adapte a las realidades de otras regiones como Chocó y la Alta Guajira. Es un hito en el sistema de salud colombiano, porque se cuenta con un operador propio y hospital nuevo (EPS-IPS) que trabaja mancomunadamente con la institucionalidad del departamento, sin desconocer las particularidades étnicas y geográficas existentes.

Por otra parte, en el articulado del PND (Art. 66) se creó una entidad que estará a cargo de administrar centralizadamente los recursos destinados a la financiación del aseguramiento en salud. Promoverá una estructura de financiamiento más sencilla, tendrá control directo sobre el flujo de los recursos y el sistema de información relacionado. Un mayor control y seguimiento se traduce en mayor protección a los recursos del sistema de salud. Por lo tanto, esta estrategia mejorará la transparencia en el manejo de los recursos y fortalecerán las medidas de liquidez a hospitales.

Adicionalmente, el Ministerio sigue impulsando medidas que buscan el buen cuidado de los recursos para el bienestar y la salud de todos. Recogiendo la experiencia de varios países, durante los últimos meses se ha avanzado en propuestas para gravar algunos bienes de consumo asociados a un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles como el tabaco y las bebidas azucaradas.

En todo este contexto, también hay que tener en cuenta que las expectativas y las demandas de la población colombiana son cada vez mayores. El aumento de la clase media colombiana ha provocado que se aspire a tener acceso a servicios de calidad y nuevas tecnologías en salud disponibles en el mundo desarrollado. En el país también se han pagado precios más altos por medicamentos que en el continente europeo. Adicionalmente, la judicialización ha impedido la incorporación ordenada de las nuevas tecnologías. En conclusión, la presión demográfica, tecnológica y los altos precios de los medicamentos son una amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud (y por ende para la equidad) y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. No obstante lo anterior, la política farmacéutica en Colombia (que ya ha sido reconocida internacionalmente) dispone de algunos instrumentos para hacer frente a este problema.

Con la regulación de miles de medicamentos, utilizando una metodología basada en la referenciación internacional de precios, se han logrado una caída promedio de los

valores internos. Los ahorros obtenidos se estiman en 1,3 billones de pesos, los cuales ha sido reinvertidos en la salud de los colombianos. También se han eliminado algunas barreras de entrada innecesarias a la comercialización de medicamentos biosimilares, es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos, promoviendo su competencia. Adicionalmente, se ha fortalecido la capacidad técnica para la evaluación de tecnologías en salud, se ha promovido el uso racional de medicamentos, la transparencia en las relaciones con la industria farmacéutica y el pago por valor (muchas tecnologías, aún, cuestan mucho y aportan poco).

Por otro lado, en coordinación con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), se ha avanzado en el mecanismo idóneo para aplicar en Colombia la negociación centralizada de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, contemplada en el Artículo 71 del PND.

Adicionalmente, en conjunto con el DNP y el IETS, se cuenta con una metodología para el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos a la entrada según lo dispuesto en el Art. 72 del PND. La metodología debe responder a la realidad del mercado colombiano, el desarrollo de conceptos como valor terapéutico y a los criterios de operacionalización del CONPES 155. Igualmente se ha logrado avanzar en una propuesta para que el INVIMA pueda modificar las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de un medicamento a solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social ante la posibilidad de usos alternativos (“*off label*”).

También están disponibles las llamadas flexibilidades a los acuerdos sobre propiedad intelectual. Muchas agencias multilaterales han instado a los países a usarlas pero en la práctica existen obstáculos. En este sentido, durante el último año el Ministerio adelantó un proceso para la fijación de un menor precio para el fármaco patentado imatinib, utilizado para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica y otros tipos de cáncer, dando respuesta a una solicitud presentada por la sociedad civil. El imatinib había ingresado al mercado colombiano en un contexto de libre competencia pues la Superintendencia de Industria y Comercio negó la patente en 2003. Sin embargo, esta fue otorgada en 2012 por orden del Consejo de Estado, lo que dio origen a un monopolio que provocó un aumento del valor del medicamento.

En abril de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó una propuesta a la empresa propietaria de la patente para renegociar el precio vigente. Aunque el laboratorio inicialmente la rechazó, el Ministerio mantuvo abiertas las negociaciones sin que se llegara a un acuerdo. Es así como, en un hecho sin precedentes, el Ministerio decidió solicitar la fijación del precio teniendo en cuenta las razones de interés público sin desconocer la patente otorgada por el Consejo de Estado. El valor máximo de venta se determinaría por intermedio de una metodología que simule condiciones de competencia (como si existieran genéricos del medicamento en el mercado).

Por otra parte, en línea con lo propuesto en las bases del Plan de Desarrollo, se ha logrado fortalecer a las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas para mejorar acceso, servicio y calidad. Es así como, tan sólo en el 2015, se destinaron \$389 mil millones para dotación, equipos médicos e infraestructura de los hospitales públicos de cientos de municipios. Esta cifra es considerada histórica gracias a la confluencia de distintas fuentes de recursos, entre otras, excedentes de cuentas maestras, regalías, la estrategia Contratos Plan (en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación y las regiones) así como \$100 mil millones del proyecto de inversión para el fortalecimiento de la capacidad instalada de los hospitales, el cual contó con recursos de la Nación obtenidos de la mano del Congreso bajo la discusión del presupuesto del año anterior.

En materia de salud pública, se destacan los esfuerzos realizados en vacunación. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados. Al cierre de 2015 se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 94% y se superó el 91% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos); ambos registros fueron superiores a los obtenidos en los años anteriores y sobresalientes desde una perspectiva histórica.

Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el esquema de vacunación colombiano se sigue consolidando como uno de los mejores de la región y del mundo. Dando continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes y Virus del Papiloma Humano-VPH, que introdujo el gobierno actual, en el último año se consolidó la inclusión de la vacuna gratuita contra la varicela y la universalización de la Vacuna Inactivada contra el Polio (VIP), llegando a un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades.

En 2015, se formularon los lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa, de la mano del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Adolescencia (UNICEF). Estos fueron validados con pediatras y nutricionistas del departamento de La Guajira, Nariño, Antioquia, Amazonas y de otras zonas del país. Durante el segundo semestre de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de UNICEF, implementó la 'Estrategia de atención integral en salud y nutrición con enfoque comunitario', en la zona rural de la alta Guajira. A través de la misma se logró atender a 8.200 niños menores de cinco años y disminuir la prevalencia de desnutrición aguda de 3,4% a 2,6%. Entre los niños atendidos fueron identificados 396 con desnutrición aguda, que fueron recuperados al interior de sus hogares. No obstante estos esfuerzos, en los primeros meses del 2016 se presentó una compleja situación humanitaria agravada por el fenómeno del Niño, la falta de agua en las comunidades Wayúu de la alta Guajira y el cierre de la frontera con Venezuela.

Por lo anterior, durante los últimos meses el Gobierno y el Ministerio de Salud priorizó e intensificó las acciones de la mano con las autoridades del departamento de La Guajira y de las ESE de la región, aumentando la identificación y la atención integral de más de 30 mil habitantes en situación de vulnerabilidad en la zona rural de los municipios de Manaure, Riohacha, Uribia y Maicao. Fruto de esta articulación entraron a funcionar 17 equipos extramurales en los meses de marzo y abril de 2016 con el concurso de la Gobernación departamental, quienes de la mano de 62 promotores de salud comunitarios (que apoyan a los equipos), recorren las rancherías de los municipios mencionados, prestando atenciones integrales en salud, que incluyen el tratamiento a la desnutrición aguda en el hogar y temas de salud sexual y reproductiva. Se trata de una estrategia altamente costo-efectiva. De acuerdo con la evidencia disponible, entre 85 y 95 por ciento de los casos de desnutrición aguda pueden ser atendidos en el seno de las comunidades, de ahí la importancia de recorrerlas. Es necesario el trabajo conjunto con los secretarios de salud del departamento y de los municipios para atender prontamente a los niños y niñas en riesgo. Así mismo, el Ministerio sensibiliza y capacita a las Entidades promotoras de salud (EPS), entre ellas las indígenas, así como a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), para que asuman sus responsabilidades para cumplir con el lineamiento de atención integral a la desnutrición aguda y para adaptarse al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

En cuanto a la introducción del Chikunguña y del Zika en el país, se dio respuesta adecuada ante la presencia de estas dos enfermedades y donde demás actores gubernamentales intervinieron para lograr controlar el mosquito *aedes aegypti*, vector de estos dos virus.

Se resalta la manera transparente como se manejó la epidemia del Chikunguña, con una caracterización exhaustiva y un monitoreo continuo. Colombia fue el primer país continental en reportar los datos de manera clara, concisa y oportuna. Se destaca que expertos de México, del Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés) de Atlanta, de Perú y otros países de Latinoamérica centraron su atención en la manera como el país abordó la epidemia.

En el último trimestre de 2015 se declaró el cierre de la fase epidémica del Chikunguña que afectó al país, durante la cual, más de la mitad de los municipios que se encuentran ubicados por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar resultaron afectados y 3 de cada 100 colombianos (en riesgo) resultaron con la enfermedad. Ante esta situación, se emprendió una estrategia de gestión integrada para el control del vector, se contrarrestó el impacto de la enfermedad y se realizaron transferencias de recursos a las entidades territoriales en el marco del programa de enfermedades transmitidas por vectores. No obstante las dificultades que trajo una epidemia de este tipo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tuvo al país como ejemplo en la vigilancia, manejo y control del Chikunguña en las Américas

Por su parte, el virus del Zika ha puesto en evidencia las consecuencias adversas del cambio climático y sus impactos en la salud. A pesar de ello, al igual que ocurrió con el Chikunguña, Colombia es la Nación que mejor vigilancia ha tenido desde el inicio de la epidemia del Zika en las Américas. El número de casos se acercan a los cien mil pero teniendo en cuenta que se ha detectado que la epidemia ya se encuentra en fase de descenso, el estimado para el cierre de 2016 será mucho menor a los proyectados inicialmente (600 mil casos). No obstante, se mantiene firme la atención en las posibles consecuencias de la enfermedad en términos de alteraciones neurológicas (microcefalia) en recién nacidos (500 casos probables) y eventos de Guillain-Barré (hasta 600 posibles casos).

Durante el último año, el Ministerio, en coordinación con otras entidades del sector y distintas instancias del Estado, también participó activamente en la discusión pública en asuntos relacionados con la salud de los colombianos y construyendo evidencia científica frente a temas de amplio debate como el uso medicinal de la marihuana, la interrupción voluntaria del embarazo (concretamente, la regulación del medicamento misoprostol) y la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo. A ello se suma la intensa participación en asuntos como la eutanasia y los efectos en salud por la aspersión con glifosato.

De otro lado, se sigue avanzado en la solución de los problemas financieros del sector. La ruta para el mejoramiento de las condiciones financieras ha comprendido medidas de liquidez, el saneamiento de pasivos, el ajuste a procesos financieros y el fortalecimiento patrimonial.

En cuanto a la liquidez, durante el último año se destaca el Decreto 1681 de 2015, por medio del cual el Gobierno Nacional estableció las condiciones y operaciones de la Subcuenta de Garantías de FOSYGA, cumpliendo con lo establecido en la Ley 1753 y adicionando un nuevo instrumento de política al plan de choque emprendido por el Ministerio para otorgar liquidez, sanear pasivos y aliviar la situación financiera de los hospitales. Esta misma disposición autoriza la creación de créditos blandos con tasa compensada a las EPS e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con recursos superiores al billón de pesos gestionados a través de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER). Para su implementación, con fundamento en el Art. 4 del Decreto 1681, el Ministerio expidió la Resolución 3460 de 2015 mediante la cual se estableció el procedimiento, las condiciones, los requisitos, los criterios de viabilidad y el seguimiento de la línea de crédito

Por otra parte, con el giro directo de la Nación a los prestadores del orden de \$9 billones durante el último año, los recursos girados se acercan a los \$35 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. Alrededor del 70% de los giros de la Nación está llegando directamente a las IPS que tienen contratos con las EPS del régimen subsidiado y de manera oportuna. En la actualidad se está implementando el giro en el contributivo.

Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera a las IPS con cargo a la subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA. Durante el último año, la compra registró 400 mil millones beneficiando a 294 prestadores, en su mayoría públicos. Desde su implementación en 2013, se superó el billón y medio de pesos producto de estas operaciones mejorando la situación financiera de 409 hospitales y clínicas a lo largo del país.

Durante el último año también se dio continuidad a los procesos de saneamiento de cuentas entre IPS, EPS y entidades territoriales, según la Circular Conjunta 30 de 2013. El saneamiento se calcula en más de un billón durante el último año y en cerca de cuatro billones desde el 2012.

En cuanto al ajuste a procesos financieros, se destaca la Resolución 1479 de 2015 que conecta al prestador con el pagador en el No POS del régimen subsidiado y la reglamentación del giro directo en el régimen contributivo (según Art. 259 de la Ley del Plan de Desarrollo).

A estos esfuerzos se suma el Decreto 2702 expedido en 2014 (y en aplicación desde el año 2015), que implica la capitalización de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para que sean cada vez más sólidas. Con la expedición del Decreto se actualizaron y unificaron las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Con esto se busca contar con unas EPS cada vez más sólidas y proteger en mayor medida los recursos del Sistema. Señala la obligación que tienen las aseguradoras de calcular, constituir y mantener actualizadas sus reservas técnicas que les garanticen contar con el patrimonio necesario de manera que puedan cumplir con el pago de sus deudas y prestar los servicios de salud con calidad. Se estima que el Decreto promovió la capitalización de las EPS durante el 2015 por \$532 mil millones teniendo en cuenta que en ese año se debía corregir al menos un 10% del defecto en las condiciones mínimas estipuladas en la norma.

La estrategia de estabilización del sector también ha obligado a tomar decisiones complejas. En 2015 se ordenó la liquidación de la EPS Saludcoop para garantizar la atención de sus más de 4,6 millones de usuarios, proteger a más de 4 mil prestadores y respetar los derechos laborales de los trabajadores. Para garantizar la operación durante la liquidación y pagar deudas antiguas de la EPS, se inyectaron 200 mil millones de pesos del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) para financiar la emisión de Bonos Convertibles en Acciones-BOCAS emitidos por la EPS Cafesalud.

Por otra parte, mediante Decreto 2519 de 2015 se dio inicio al proceso de la liquidación de la EPS pública Caprecom que se encontraba en una condición crítica que le impedía garantizar los servicios de salud a sus afiliados. Alrededor de 2,2 millones de afiliados de esta EPS fueron reasignados, según su ubicación y disponibilidad, a otras 14 entidades obligadas a ofrecer continuidad e integralidad en todos los servicios y

procedimientos. Esta operación está acompañada de recursos por \$500.000 millones para el pago de las deudas de Caprecom con los hospitales y clínicas. Dicho monto fue incluido en el cupo de endeudamiento correspondiente al presupuesto de la Nación del 2016 que aprobó el Congreso de la República a finales del 2015. Los recursos son utilizados mientras se venden los activos de la entidad y se cobran algunas cuentas que le deben a Caprecom.

En el contexto de las importantes decisiones regulatorias y de control llevadas a cabo en el mercado de aseguramiento en salud, que inciden en las condiciones financieras del sistema en general, durante el último año se mantuvo la mejoría ya detectada hace un par de años en la situación financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE). De las 947 ESE del orden territorial que funcionan actualmente en el país, el 74% (697 hospitales) se encuentran sin riesgo financiero o con riesgo bajo. Es decir que la gran mayoría de los hospitales públicos han evidenciado una significativa mejoría en sus finanzas. Este indicador tan sólo alcanzaba el 40% hace dos años.

Estos resultados se asocian a las medidas implementadas por el Ministerio, direccionadas al mejoramiento del flujo de recursos y condiciones de financiamiento, como el giro directo de los recursos, el saneamiento de cartera, la utilización de recursos acumulados en cuentas maestras de las entidades territoriales (para afectar las deudas existentes entre éstas y las EPS y entre las últimas y las ESE), la implementación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, que introducen (además de mecanismos de disciplina fiscal en las ESE) la posibilidad de sanear pasivos con recursos de nuevas fuentes, adoptar medidas de fortalecimiento de ingresos con inversiones en infraestructura y dotación y medidas de reorganización administrativa. Los resultados también se atribuyen a la operación que genera liquidez a los prestadores de servicios de salud (entre los cuales ESE) de la red de la EPS Cafesalud y al mejoramiento de la gestión propia de las entidades. Con lo anterior, se demuestra también la importancia de las disposiciones legales ya aprobadas en el Congreso, como el PND, así como la de otros desarrollos normativos que se promueven para el mejor desempeño del Sistema como el “proyecto financiero corto de salud” (o “ley corta”).

En materia de gestión, se ha desarrollado la ley de transparencia en el sector, se ha dado cumplimiento al principio de austeridad en el gasto y se ha mejorado la ejecución presupuestal. El Sector Salud y Protección Social, con una ejecución del 98,4% de su apropiación, ocupó el tercer puesto en 2015 en comparación con los otros 30 sectores del nivel nacional. En lo referente a las tecnologías de información se avanzó principalmente en la protección y privacidad de datos así como en la consolidación del Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO. Adicionalmente, con algunos ajustes institucionales, se ha logrado un importante fortalecimiento en materia de evaluación de las políticas públicas en salud (para la toma de decisiones basadas en evidencia) y de la capacidad técnica (“tecnocracia”) tanto en el Ministerio como en las entidades fundamentales del sector (INS, INVIMA, Supersalud, entre otras).

Teniendo como referente las anteriores consideraciones, el presente informe contiene los resultados más destacados del último año, los cuales se dividen en ocho (8) secciones, la primera de ellas la constituye 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 protección social, la afiliación, el plan de beneficios y el financiamiento del sector, es presentado en la quinta sección. La sexta sección describe las actividades desarrolladas en cuanto a la promoción social. Lo relativo a la inspección, vigilancia y control está contenido en la séptima sección. Finalmente, se expone lo correspondiente a la gestión sectorial (sección octava).

## 2. INNOVACIONES NORMATIVAS Y AJUSTES INSTITUCIONALES

La implementación de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud, se constituye en el derrotero del sistema, por tanto en el reto sectorial, con miras del mejoramiento de los servicios de salud. A continuación se describen algunos desarrollos de esta ley.

### 2.1. Decreto 2353 de 2015. Unificación y actualización de las reglas de afiliación al SGSSS y creación del Sistema de Afiliación Transaccional

Uno de los principales componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la garantía de la afiliación que permite a las personas el acceso a los servicios de salud. Aunque el avance en cobertura del aseguramiento es incuestionable, en el último periodo se tomaron medidas para profundizar y sostener los logros alcanzados.

Una de las medidas más relevantes fue el Decreto 2353 de 2015 por el cual se unificaron y actualizaron las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se creó el Sistema de Afiliación Transaccional y se definieron instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

Este decreto es una herramienta importante que impacta en el acceso, la continuidad e integralidad a los servicios de salud de los afiliados al permitir: i) eliminar barreras de acceso; ii) garantizar la protección de poblaciones vulnerables en caso de que sufran cambios en sus condiciones económicas (madres gestantes, menores de edad, pensionados, entre otros); iii) fortalecer la capacidad y gestión de información de los usuarios del sistema; y finalmente, iv) incrementar el control de prácticas perversas en el Sistema, como la selección de riesgos por parte del asegurador.

Se constituye entonces en un avance de la reglamentación de la Ley Estatutaria, estableciendo el marco general para garantizar la afiliación de todas las personas en el país y permite profundizar los avances en cobertura que se han evidenciado en los últimos años.

Algunas de las más importantes medidas que se adoptan mediante este decreto son:

- El acceso a la totalidad de los servicios de salud del plan de beneficios se efectuará desde la fecha de afiliación o de la efectividad del traslado, es decir, no sólo atención de urgencias.
- Se amplían los beneficiarios del núcleo familiar a:

- Hijo(a)s menores de 25 años que dependan económicamente aun sin ser estudiantes;
  - Nieto(a)s;
  - Menores de edad en custodia legal;
  - Menores de veinticinco (25) años de edad o de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer (3er.) grado de consanguinidad, si los padres han fallecido, han perdido la patria potestad o están ausentes.
- Todo recién nacido quedará afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde su nacimiento y desde ese momento se reconocerá la UPC. Se establecen reglas para garantizar esta inscripción, así los padres no estén inscritos a una EPS.
  - La licencia de maternidad se reconocerá y pagará proporcionalmente al número de días cotizados frente al período real de gestación.
  - El término mínimo de permanencia para el traslado no exige que ésta sea ininterrumpida y solo se exige respecto del cotizante.
  - Se simplifican las condiciones para el traslado de EPS.
  - Se establecen medidas de protección especial para las gestantes y menores. En caso de mora, la EPS debe garantizar la atención en salud a los menores, hasta por un término máximo de doce (12) períodos de cotización en mora y a las mujeres gestantes, hasta por el período de gestación.
  - Se desarrollan mecanismos para garantizar la continuidad de la atención en salud cuando el afiliado pierde las condiciones para seguir cotizando. Estos mecanismos son:
    - Período de protección laboral (ampliación a todos los servicios del plan de beneficios al cotizante y su núcleo familiar).
    - Protección al cesante (otorgado por las Cajas de Compensación Familiar–Ley 1636 de 2003).
  - Se crea el Sistema de Afiliación Transaccional como una herramienta del Sistema General de Seguridad Social en Salud para registrar y consultar en tiempo real los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y las novedades.

## **2.2. Resolución 1328 de 2016. Eliminación de los Comités Técnico Científicos (CTC).**

Se expidió la Resolución 1328 de 2016, con el objeto garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información. Dicha resolución estableció el procedimiento de reporte mediante una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud tratantes, a fin de optimizar el procedimiento a seguir por las entidades recobrantas para

presentar las solicitudes de reconocimiento cuando éstas deban ser pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

La mencionada resolución aplica a todas las Entidades Promotoras de Salud, aquellas obligadas a compensar y extiende su ámbito de aplicación a todos los prestadores de servicios de salud, permitiendo que las Entidades Territoriales adopten el procedimiento que allí se describe; en éste último caso de conformidad con la autonomía que les confiere la Constitución Política.

El nuevo proceso de acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC incluye el desarrollo de un aplicativo en línea, dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de reportar todos los servicios que los profesionales de salud tratantes requieran para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de acuerdo con su autonomía, de tal manera que se disponga de información oportuna.

La herramienta tecnológica descrita fundamenta su desarrollo en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, ya que a través de ésta, además de la información en tiempo real, permitirá la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud, dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, provengan de la orden de un profesional de la salud y por lo tanto que su suministro y facturación sean coincidentes, favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Por otra parte, como parte del avance en desarrollo de la Ley 1751 de 2015, el acto administrativo en mención garantiza la autonomía profesional establecida en el artículo 17, ya que en el modelo propuesto desaparecen las autorizaciones de terceros, lo cual significa que siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, sólo es necesaria la orden médica para que el asegurador garantice el goce efectivo de la prescripción efectuada.

No obstante lo anterior, es necesario mencionar que para aquellos servicios cuya finalidad principal sea cosmética o suntuaria y no esté relacionada con la recuperación o mantenimiento de la salud, sin evidencia científica ni uso autorizado en Colombia, así como aquellos que correspondan a tecnologías experimentales o que sean prestadas en el exterior, deberán analizarse por una Junta de Profesionales de la Salud, bajo criterios de pertinencia médica únicamente.

En ese orden de ideas, se pretende reducir las barreras de acceso y analizar, de manera excepcional, aquellos servicios que la misma Ley Estatutaria ha indicado tienen una vía de financiación distinta a los recursos de salud, sin desconocer tal y como la Honorable Corte Constitucional lo ha expuesto en la Sentencia T-160 de 2014, que en el tema de servicios excluidos o excepcionales debe analizarse cada caso en particular.

Por último, la Resolución 1328 de 2016, tiene el objetivo de procurar una mejor utilización social de los recursos para así garantizar el derecho a la salud, toda vez que pone en manos de todos los actores del Sistema el compromiso de la utilización de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC, de conformidad con lo dispuesto en el literal k del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

### **2.3 Otros avances de la Ley Estatutaria: mecanismo de definición del plan de beneficios.**

Dando cumplimiento a la construcción del Procedimiento Técnico-Científico (PTC), que permitirá determinar las prestaciones de salud que no serán financiadas con recursos públicos de salud, en virtud de su relación con alguno de seis criterios especificados en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, se ha avanzado en la construcción de una propuesta de PTC, a partir de los resultados de entrevistas semiestructuradas realizadas a 14 líderes de opinión del SGSSS, del diálogo constructivo deliberativo adelantado en siete (7) ciudades con diferentes actores del SGSSS, durante el II semestre de 2015, bajo la asesoría de la Universidad de Harvard, para adelantar la construcción de política, con participación ciudadana y la experiencia que en los dos tópicos tiene el gobierno nacional.

Esta propuesta se complementa con el trabajo adelantado por el Ministerio y los aportes de Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS, para la determinación de los elementos que llevarán a la operación de los mencionados criterios de exclusión de prestaciones de salud. Adicionalmente se avanza en la propuesta de una aplicación desarrollada en ambiente web.

### **2.4 Medicamentos y tecnologías en salud**

- **Componentes anatómicos: uso, seguridad y calidad**

#### **Sistema de información de componentes anatómicos**

Se encuentra en elaboración el diseño de un modelo conceptual, operativo y de procesos y procedimientos, de manera coordinada con el Instituto Nacional de Salud y actores interesados, para sistematizar la Red de Donación y Trasplantes, con la que se pretende subsanar las deficiencias de los registros actuales. Esta iniciativa surge de la necesidad de disponer de un sistema de información que permita monitorear el funcionamiento de las Redes de Donación y Trasplantes y Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, como mecanismo que garantice el cumplimiento de los principios éticos que regulan el proceso, en especial el de transparencia.

**Proyecto de Ley 091 de 2014 (C) – 093 de 2015 (S): “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 realizaron reuniones entre el Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud, frente al Proyecto de Ley 091 de 2014 (C) – 093 de 2015 (S) con el objetivo de revisar y definir la posición institucional frente a este proyecto. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de sus diferentes áreas (Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, Dirección Jurídica) y el Instituto Nacional de Salud, elaboró un documento técnico donde se plantean las razones de inconstitucionalidad y de inconveniencia.

**Buenas prácticas para bancos de sangre**

Se estableció la necesidad de actualizar la normatividad sanitaria para los Bancos de Sangre, en razón a que la expedición de la última normativa fue hace 20 años. Se elaboró un proyecto de Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Sangre, el cual se encuentra en revisión y ajustes, previo a la consulta pública.

**Selección de donantes de sangre**

Para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia C-288 de 2014 y modificación de la 901 de 1996, donde se exhorta al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para que revise la reglamentación vigente sobre recepción, extracción y suministro de donaciones de sangre, con el fin de eliminar los criterios de selección de donantes basados en la orientación sexual, como criterio de calificación de riesgo de enfermedades infecciosas como el VIH, con el propósito que la regulación se oriente concretamente a indagar sobre las prácticas o conductas sexuales riesgosas.

- **Regulación precios de medicamentos y dispositivos médicos**

Superada la coyuntura surgida en cuanto a las funciones operacionales y el traslado de la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, se expidió el Decreto 705 de 2016, “Por el cual se delegan unas funciones en la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se modifica el artículo 6° del Decreto 1071 de 2012”.

Así mismo, se priorizó el ajuste de precios de medicamentos sujetos a control por variación del Índice de Precios al Consumidor-IPC. En este sentido, se expidió la Circular 01 de 2016, publicada en el Diario Oficial No. 49.893 de 2016, por medio del cual se autoriza el ajuste por variación del IPC de los precios de los stents coronarios medicados regulados a través de la Circular 01 de 2015, de la Comisión Nacional de

Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, la cual fue sometida consulta pública para el periodo comprendido entre el 11 y 18 de mayo de 2016.

Por otra parte, se está gestionando el proyecto de Circular para someter a libertad vigilada los dispositivos anticonceptivos.

- **Avances del Artículo 71, Plan Nacional de Desarrollo**

Como gestión para implementar el artículo mencionado, se suscribió el convenio 619 de 2015, entre el Departamento Nacional de Planeación - DNP, el MSPS y el ETS, que fue firmado el 5 de diciembre de 2015, contemplando como uno de sus productos, la entrega de la propuesta de negociación centralizada de precios de medicamentos, insumos y dispositivos en Colombia, que describa los requisitos técnicos para adelantar dicha negociación.

Por otra parte, Colombia Compra Eficiente – CCE, ha adelantado el estudio de mercado para realizar un acuerdo marco de precios de la prestación de servicios en la atención de los pacientes hemofílicos, vinculados al régimen de las fuerzas militares, lo cual ha contado con el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia y del MSPS.

- **Reglamentación del Artículo 72, Plan Nacional de Desarrollo**

Luego de las discusiones jurídicas e interpretaciones alrededor de cómo podría reglamentarse el artículo 72 del Plan Nacional de Desarrollo, referente al control de precios de medicamentos y dispositivos médicos a la entrada al país, en armonía con la Ley Estatutaria y la normatividad aplicable a control de precios de medicamentos, como producto del Convenio 619 de 2015 entre el DNP, MSPS y el IETS, se solicita describir y analizar mecanismos internacionales para la fijación de precios basados en valor de medicamentos y dispositivos médicos, incluyendo su articulación con la metodología de regulación de precio mediante la referenciación internacional y su aplicación al caso colombiano. Dentro de estos modelos se deben revisar, como mínimo, el modelo alemán, francés y brasileño, así como su funcionamiento y las expectativas positivas y las limitaciones de su implementación.

Por otra parte, el Ministerio de Hacienda, con recursos de la Agencia de Cooperación Suiza, contrató a PROESA, para adelantar los temas de arquitectura institucional para la implementación del artículo 72.

- **Declaratoria de interés público de Imatinib**

En el marco de la actuación administrativa iniciada a partir de la solicitud de declaratoria de interés público del Imatinib, con fines de licencia obligatoria, de acuerdo con la recomendación extendida por el Comité Técnico para la Declaratoria de Interés Público del MSPS, se inició la negociación del precio del medicamento Glivec® con

NOVARTIS A.G., titular de la patente, con el fin de acordar un precio que refleje condiciones de competencia del producto en el mercado.

- **Lanzamiento del Formulario Terapéutico Nacional**

Se gestionó la construcción del Formulario Terapéutico Nacional, útil para acceder, de manera pública y transparente, a información farmacológica resumida, que orientará a la prescripción, dispensación y consumo de medicamentos, además de incluir información administrativa, normativa y del contexto local para la prescripción y dispensación de medicamentos. Actualmente, esta herramienta se encuentra en fase de pre-lanzamiento, con la información de 1.150 fichas técnicas (monografías) de medicamentos y su contexto local, así como aspectos especiales en grupos etarios (embarazo, lactancia, pediatría, entre otros).

Esta herramienta surge de la necesidad de entregar a los profesionales de la salud y comunidad en general, información terapéutica independiente, para fomentar el uso racional de los medicamentos. Lo anterior, orientado al cumplimiento de 2 de las 10 estrategias formuladas en la Política Farmacéutica Nacional (CONPES 155 del 2012), así: 1) Información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de medicamentos; y, 10. Promoción de uso racional de medicamentos.

- **Medicamentos de síntesis química y fitoterapéuticos: uso, seguridad y calidad**

#### **Licencia de producción y fabricación de derivados de cannabis**

Para efectos de dar cumplimiento con lo dispuesto en el Decreto 2467 de 2015 *“Por el cual se reglamentan los aspectos de que tratan los artículos 3, 5, 6 Y 8 de la Ley 30 de 1986”*, el Decreto 780 de 2016, *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”* y en la Resolución 1816 de 2016, *“Por medio de la cual se definen los requisitos generales y especiales de la Licencia para la Producción y Fabricación de derivados de Cannabis”*, se puso en marcha el proceso de otorgamiento de licencias de producción y fabricación de derivados de Cannabis, que de acuerdo a la normatividad citada, el MSPS autoriza a un solicitante, para ejecutar actividades de transformación de Cannabis con fines estrictamente médicos y científicos. Se viene trabajando en el desarrollo de herramientas para la verificación del cumplimiento de los requisitos de la solicitud de la licencia, así como en el estudio técnico de las aplicaciones y en la implementación del trámite en línea, a través de la Ventanilla Única de Trámites y Servicios, para dar curso a las solicitudes realizadas.

Empleando las herramientas antes señaladas, se verificó el cumplimiento de requisitos de las solicitudes de licencia de producción y fabricación de derivados de Cannabis, presentados por las compañías: PHARMACIELO S.A.S. y CANNAVIDA S.A.S., y el estudio técnico de estas aplicaciones. Como resultado de la revisión formal,

se hizo requerimiento de información adicional sobre modificaciones y aclaraciones pertinentes para completar los requisitos de cada una de las aplicaciones. Para dar continuidad al proceso, se está a la espera de que los solicitantes alleguen la información requerida, dentro de los términos establecidos.

### **Modificación Decreto 2266 de 2004**

Proyecto normativo “*Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos*”. El proyecto se envió para efectos de publicación de los reglamentos técnicos ante el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, para surtir el trámite.

### **Opioides**

Lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor. Atendiendo lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 1733 de 2014, “Consuelo Devis Saavedra”, el MSPS recuerda a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios–EAPB, su red de prestación de servicios y a todas las instituciones del SGSSS, el deber de garantizar la distribución, accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos opioides para el manejo del dolor, las 24 horas al día y los siete días a la semana, en cumplimiento de la normatividad vigente, con el propósito de ajustar los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

- **Guía de biodisponibilidad y bioequivalencia**

Resolución 1124 de 2016, “*Por la cual se establece la guía que contiene los criterios y requisitos para el estudio de biodisponibilidad y bioequivalencia de medicamentos, se define el listado de los que deben presentarlos y se establecen las condiciones de las instituciones que los realicen*”. Su importancia radica en que el país cuenta con una norma que subsana las debilidades relacionadas con el proceso para la presentación de estos estudios y los criterios taxativos para identificar los productos que las requieran, luego de 21 años de vigencia del Decreto 677 de 1995 (que reglamentaba la obligación de aportar los resultados de los estudios de biodisponibilidad y de bioequivalencia a los interesados dentro del trámite de expedición de registros sanitarios de medicamentos) y 15 años después que se expidieran las primeras normativas de la misma.

- **Buenas prácticas de manufactura y guías de inspección de laboratorios de síntesis química**

Resolución 1160 del 6 de abril de 2016, “*Por la cual se establecen los manuales de Buenas Prácticas de Manufactura y las guías de inspección de laboratorios o*

*establecimientos de producción de medicamentos, para la obtención del certificado de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura”.*

Mediante la Resolución 3183 de 1995, el país adoptó el informe 32 de la OMS, para certificar en Buenas Prácticas de Manufactura a los laboratorios fabricantes de medicamentos. Por su parte, la Resolución 1087 de 2001, estableció la guía de inspección de laboratorios o establecimientos de producción farmacéutica. Con base en el informe mencionado, se actualizan los estándares de certificación, tomando como referencia los documentos más recientes de la OMS, como el anexo 4 del informe 37 y el anexo 6 del 45; este último es específico para medicamentos estériles, con el fin de que los medicamentos se fabriquen en forma uniforme y controlada de acuerdo con los científicos y tecnológicos existentes a nivel mundial.

- **Modificación del Decreto 677**

Con el Decreto 843 de 2016 *“Por el cual se simplifica el procedimiento para la renovación y modificación de los registros sanitarios de los medicamentos de síntesis química y gases medicinales y se dictan medidas para garantizar la disponibilidad y control de los medicamentos en el país”*, se pretende simplificar los trámites para la solicitud de registro sanitario de medicamentos, incluidos en normas farmacológicas y medicamentos nuevos, acorde a lo dispuesto en el Decreto-Ley 019; adicionalmente, teniendo en cuenta que existen medicamentos de síntesis química y gases medicinales que no han presentado reportes de reacciones adversas clasificadas como serias en el marco del Programa de Farmacovigilancia, como tampoco desviaciones de calidad dentro del Programa Demuestra la Calidad del INVIMA.

- **Medicamentos biológicos: uso, seguridad y calidad.**

### **Resolución anexo, sueros antiofídicos**

El Decreto 677 de 1995 estableció el marco para medicamentos. Como complemento, se está trabajando en una norma específica para certificación de Buenas Prácticas de Manufactura para sueros antiofídicos. La propuesta inicial fue remitida por INVIMA y se realizó revisión de dicha propuesta, tomando como referente el documento *“WHO Guidelines for the Production, Control and Regulation of Snake Antivenom Immunoglobulins”* del año 2010.

### **Avances de reglamentación del Decreto 1782 de 2014, medicamentos biológicos**

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, el MSPS expidió el Decreto 1782 de 2014, *“Por el cual se establecen los requisitos y el procedimiento para las evaluaciones farmacológica y farmacéutica de los medicamentos biológicos en el trámite del registro sanitario”*. La reglamentación por parte de este Ministerio involucra la expedición de

varias guías, de las cuales las guías de inmunogenicidad y estabilidad de medicamentos biológicos son requisito para la entrada en vigencia del citado decreto.

### **Buenas Prácticas de Manufactura, medicamentos biológicos**

Con la Resolución 5402 de 2015, “*Por la cual se expide el manual y el instrumento de verificación de las Buenas Prácticas de Manufactura de Medicamentos Biológicos*” se establecen precisos criterios para certificar condiciones específicas de producción de medicamentos biológicos, tomando como referencia lineamientos de la OMS.

*El proyecto normativo “Guía de Estabilidad de Medicamentos Biológicos”* surtió proceso de consulta ante la Organización Mundial del Comercio (OMC), que finalizó el 18 de marzo de 2016.

*El proyecto normativo “Guía de evaluación de inmunogenicidad de medicamentos biológicos”*, surtió proceso de consulta ante la OMC, que finalizó el 26 de mayo de 2016, signatura G/TBT/N/COL/196/Add.4. Se están consolidando los comentarios recibidos en la consulta ante la organización.

- **Dispositivos médicos consumibles: uso, seguridad y calidad**

### **Reactivos In Vitro**

Se avanzó con el proyecto de decreto “*Por el cual se establece el procedimiento para la importación y comercialización de reactivos in vitro para investigación, in vitro huérfanos para diagnóstico, in vitro grado analítico, y analítico específico, y los reactivos de uso general en laboratorio, que sean utilizados en muestras de origen humano*”. La importancia de este acto administrativo se fundamenta en que desde el año 2014 se ha presentado una problemática sobre dichos reactivos, por la falta de norma que contenga procedimiento y requisitos para su importación. En este sentido ingresan al país únicamente mediante licencias de importación expedidas por la VUCE, sin que se exija documentación que dé cuenta de la naturaleza y destino de estos productos, ocasionando inconvenientes como:

- Ingreso de reactivos IVD como RUO para no tener registro sanitario. Esto genera un riesgo en los pacientes pues son productos expuestos a problemas de calidad o desempeño del producto e ingresan con el aval de la autoridad sanitaria y afecta a las empresas legalmente constituidas cumplidoras de la normatividad sanitaria.
- Se ha evidenciado en el Programa de Reactivovigilancia, eventos e incidentes que involucran el uso de RUO en pruebas para determinar compatibilidad donante-receptor.
- Lo anterior es un factor de riesgo relacionado con la información contenida en las solicitudes de importación de los citados productos, frente a lo cual la Sala Especializada de Reactivos In Vitro del INVIMA y la ANDI, plantean la necesidad de regular la importación de este tipo de productos.

Conforme a lo expuesto se ha construido un proyecto de decreto que contiene requisitos de importación para esta tipología de productos.

El proyecto de decreto fue enviado en diciembre del año 2015 al Ministerio de Comercio Industria y Turismo, para la emisión del concepto previo, el cual realizó sus observaciones en el mes de febrero de 2016, respecto a las cuales se sostuvo una reunión con la Dirección de Regulación del Ministerio de Comercio. Una vez realizado el análisis conjunto del proyecto se concluye que no se trata de un reglamento técnico; no obstante tendrá que ajustarse y para ello se sugiere que los requisitos de rotulado vayan en un acto administrativo aparte, el cual sí constituye un reglamento técnico, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1595 de 2015.

En este orden de ideas, surge otro actos administrativos así: *“Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado que deben contener los reactivos in vitro para investigación, in vitro huérfanos para diagnóstico, in vitro grado analítico, analítico específico, y los reactivos de uso general en laboratorio, que sean utilizados en muestras de origen humano”*.

### **Dispositivos médicos sobre medida**

Hace referencia a los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos de ayuda auditiva sobre medida. En desarrollo de la Ley 1618 de 2013, artículos 29, 8 y 9, le otorgan competencia al Ministerio, para regular la fabricación y dotación de ayudas técnicas y tecnológicas que suplan o compensen las deficiencias en un plazo de 2 años.

### **Lineamientos técnicos de gestión de equipos biomédicos**

Proyecto de resolución referente a establecer lineamientos técnicos de gestión de equipos biomédicos de uso humano en Colombia. La importancia de este proyecto radica en la problemática que sobre la gestión de equipo biomédico está presente a lo largo y ancho de nuestro país, debido a que los requisitos sobre este asunto no son lo suficientemente claros y precisos; aunque existen algunos avances en la gestión, éstos no se encuentran estandarizados y en su mayoría dependen de criterios subjetivos. A su vez, en otras zonas del país, aún no se ha implementado la gestión de equipos biomédicos.

Tal situación plantea un reto que debe ser solucionado a través del establecimiento de lineamientos en la gestión de equipos biomédicos y que además contenga requisitos mínimos para un adecuado programa de mantenimiento, que lleven al país a mejorar en sus procesos, optimizar los recursos, estandarizar el glosario referente a equipos biomédicos y servir como herramienta para la gestión del riesgo y la seguridad del paciente. Del proceso de consulta pública se recibieron 278 observaciones de

hospitales, asociaciones de ingeniería biomédica, industriales colombianos e ingenieros biomédicos desde diferentes partes del país.

### Guía de mediciones

Se está elaborando la actualización de la guía para las mediciones de equipos biomédicos, con ajustes derivados de la reunión sostenida con la Superintendencia de Industria y Comercio, Dirección de Metrología Legal.

- **Sistemas de Información**

Se trabaja en proyectos para construir un Sistema de Información de Tecnologías en Salud. Entre éstos se encuentran: estándar de medicamentos, estándar de dispositivos médicos, sistema de componentes anatómicos y el sistema de información de la autoridad reguladora –RAIS– para radiaciones ionizantes.

### Estándar semántico de medicamentos

Se expidieron los siguientes actos administrativos:

- Resolución 3166 de 2015, estándar de datos para medicamentos de uso en Colombia.
- Resolución 5161 de 2015, por la cual se modifican los artículos 8 y 17 de la Resolución 3166 de 2015, en la cual se definió el estándar de datos de medicamentos.

Actualmente se está otorgando el código IUM (Identificador Único de Medicamentos) a los titulares de los registros de medicamentos y se están realizando los cargues periódicos de estos.

### Estándar semántico de dispositivos médicos

Desde el año 2011 y por mandato legal es requerido diseñar el estándar semántico de dispositivos médicos. En este sentido y en desarrollo de la Ley 1438 de 2011, artículo 91 y la Ley 019 de 2012, artículo 11, se cuenta con el primer borrador de resolución que contiene la estructura del estándar por medio de la cual se adopta e implementa el estándar semántico y codificación para dispositivos médicos de uso humano en Colombia establecido en los anexos técnicos.

En cuanto al Artículo 91 de la Ley 1438 de 2011, es preciso mencionar la modificación del artículo sobre codificación de insumos y dispositivos médicos, así: *“El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá en un plazo máximo de seis (6) meses, la norma que permita la codificación de los insumos y dispositivos médicos a los cuales el INVIMA haya otorgado registro sanitario y los que en el futuro autorice, y cuyo uso y*

destino sea el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Por su parte, la Resolución 2535 emitida por este Ministerio define y contiene los objetivos del estándar.

### **Prescripción en Línea para Medicamentos No POS**

Teniendo en cuenta la eliminación de los Comités Técnico Científicos–CTC, encargados de aprobar los servicios por fuera de POS o plan de beneficios, se aportaron las tablas necesarias de medicamentos y dispositivos médicos para el aplicativo de prescripción en línea.

- **Equipos de radiaciones ionizantes–protección radiológica**

Con el objeto de reglamentar el uso de equipos generadores de radiación ionizante, mediante el otorgamiento de licencias para prácticas y para la prestación de servicios de protección radiológica y el control de calidad de los mismos, se avanzó con el proyecto de resolución “*Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica, y se dictan otras disposiciones*”, que entrará a modificar la Resolución 9031 de 1990.

Lo anterior, a fin de garantizar la adecuada protección de los trabajadores ocupacionalmente expuestos, de los pacientes, del público y del ambiente contra los efectos nocivos de la radiación ionizante y el uso óptimo en sus aplicaciones médicas, industriales, veterinarias y de investigación, dirigida a las personas, naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, nacionales o extranjeras, radicadas o con representación en el territorio nacional, que realicen actividades relacionadas con el uso de equipos generadores de radiación ionizante.

## **2.5 Avances de la Unidad Administradora de los Recursos de Salud (Art 66, Plan Nacional de Desarrollo)**

La Ley 1753 de 2015, en su artículo 66, establece la creación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como una entidad de naturaleza especial, del nivel descentralizado, del orden nacional, asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado, cuyo objeto social es administrar los recursos que hoy día hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), con los que se financia el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), los cuales confluirán en la Entidad.

La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. En materia laboral los servidores de la entidad se registrarán por las normas generales aplicables a los empleados de la rama ejecutiva del orden nacional; en materia de nomenclatura se registrarán por el sistema especial que establezca el Gobierno Nacional. En materia de contratación se registrará por el régimen público.

El Ministerio realizó el análisis y los estudios para el dimensionamiento de los aspectos jurídico, administrativo, financiero, tecnológico, operativo y definió el plan de trabajo para adelantar las actividades tendientes a establecer la estructura interna de la entidad y las condiciones generales de operación en tres etapas: i) etapa preparatoria; ii) etapa de organización; y, iii) etapa puesta en funcionamiento.

- **Etapa preparatoria (a partir de julio de 2015 hasta junio de 2016)**

### **Componente jurídico**

- Análisis de procesos y definición del mapa de procesos.
- Estudio de cargas de trabajo.
- Estudio de costos y presupuesto requerido para la financiación de la planta de personal.
- Elaboración del documento técnico según la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Propuesta de estructura organizacional y planta de personal.
- Elaboración de los proyectos de decreto de i) Estructura y régimen de transición; ii) Nomenclatura, clasificación y asignación salarial; y, iii) Planta de personal
- Elaboración de los proyectos de decreto de modificación de estructura y planta del MSPS.
- Gestión ante el Departamento Administrativo de la Función Pública–DAFP y la Presidencia de la República para la expedición de los decretos mencionados.
- Elaboración del proyecto de resolución para la expedición del “Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales”.
- Elaboración de los proyectos de decreto de operaciones de la entidad y gestión para la expedición.

### **Componente financiero**

- Análisis del impacto en el manejo financiero y administración de recursos según las condiciones establecidas en la ley de creación.
- Propuesta de la estructura presupuestal y gestión ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para su aprobación.
- Propuesta de la estructura contable y gestión ante la Contaduría General para la definición del manejo contable y expedición de la resolución con las modificaciones requeridas para el manejo financiero según lo establecido en la ley de creación.

## Componente tecnológico

- Dimensionamiento de la infraestructura de servidores, canales de comunicación, licencias, y estrategias de almacenamiento para el centro de datos.
- Análisis e inventario de los componentes del sistema de información del FOSYGA como son aplicativos, bases de datos, documentación y procedimientos, así como la estructuración de las necesidades para la entidad.
- Preparación de los estudios previos requeridos para la adquisición de:
  - o Infraestructura de centro de datos y servicios conexos por medio de Colombia Compra Eficiente.
  - o Estaciones de trabajo, periféricos, licencias de software y servicios de mantenimientos por medio de Colombia Compra Eficiente.
  - o Implementación del software financiero ERP ajustado a la integración de la operación en la nueva entidad.
- Planeación y ejecución de pruebas piloto de los procesos misionales y transversales del sistema de información del FOSYGA, por líneas de negocio, con el fin de preparar la transferencia de la tecnología de software necesaria para el empalme de la operación del actual.

## Componente administrativo

- Análisis de los requerimientos de servicios y bienes requeridos para el funcionamiento de la entidad.
- Análisis de los requerimientos relacionados con la gestión documental y el servicio al ciudadano.
- Trabajo conjunto con Agencia Nacional Inmobiliaria Virgilio Barco Vargas para establecer los requerimientos y ubicación de la sede administrativa donde operará la nueva entidad.
- Elaboración de estudios previos para la contratación y adquisición de servicios y bienes requeridos para poner en funcionamiento la nueva entidad.

### • **Etapa de organización (entre los meses de junio y noviembre de 2016)**

- Vinculación del talento humano.
- Trámite ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el CONFIS para la aprobación del presupuesto de la entidad como Empresa Industrial y Comercial del Estado, para la vigencia 2016 y 2017.
- Integración y parametrización de las operaciones relacionadas con los recursos administrados y el registro y control financiero (presupuesto, tesorería y contabilidad) de acuerdo con las condiciones establecidas en la ley de creación.
- Contratación de servicios requeridos para garantizar el funcionamiento de la entidad.
- Definición de manuales operativos de procesos misionales, de apoyo y de

- seguimiento, evaluación y control.
- Realización de ejercicios en paralelo de los procesos misionales y transversales con la parametrización que obedece a las nuevas condiciones de operación.
  - Análisis y ajuste de los resultados de las diferentes operaciones y líneas de negocio tanto en las áreas misionales como transversales.
- **Etapas de operación (estimada a partir del mes de diciembre de 2016)**
    - Entrada en operación de la Entidad.

## 2.6. Liquidación de CAPRECOM

El MSPS<sup>3</sup> y los organismos de inspección, vigilancia y control<sup>4</sup> evidenciaron serios problemas en el funcionamiento y operación de la Caja de Previsión Social de las Comunicaciones–CAPRECOM, relacionados con su baja capacidad de gestión administrativa y financiera, que la convirtieron en una entidad inviable para seguir prestando los servicios a su cargo, sobre todo aquellos relacionados con el régimen subsidiado de salud. Esto a pesar de los distintos apoyos que realizó el Gobierno Nacional en los últimos años<sup>5</sup>.

La entidad presentó una serie de problemas relacionados con la baja capacidad administrativa y la incapacidad de disponer de una estructura corporativa eficiente que le permitiera gestionar la cantidad de usuarios vinculados; así mismo presentó dificultad en administrar la red de prestación de servicios y la desarticulación de las sedes

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones. CAPRECOM. Evaluación de gestión administrativa. 2015.

<sup>4</sup> Principalmente la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y la Contraloría General de la República y así como ejercicios de firmas externas especializadas en análisis contables y financieros:

- Superintendencia Nacional de Salud. Informes de visita: agosto de 2011, febrero y agosto de 2015
- Contraloría General de la República. Informes de auditoría CAPRECOM. Vigencia 2014 (julio de 2015); vigencia 2013 (diciembre de 2014).
- Informe técnico de seguimiento. CAPRECOM. Superintendencia Nacional de Salud. Noviembre 2015
- Unión Temporal Auditoría Forense 2013. Informe final vigencias 2010 a 2012.
- Superintendencia Nacional de Salud. Situación de la Caja de Previsión Social de las Comunicaciones. Diciembre de 2015.

<sup>5</sup> Dentro de los principales apoyos del Gobierno Nacional están los siguientes:

- El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, siguiendo las recomendaciones del CONPES 3704 de 2011 y la Ley 1640 de 2013, realizó dos préstamos, cada uno por un valor de \$60.000 millones de pesos para un total de \$120.000 millones de pesos y su destinación es el pago de las obligaciones a favor de proveedores y prestadores de bienes y servicios de salud y la debida prestación del servicio.
- Con la Ley 1737 de 2014, y con el fin de garantizar la continuidad de los servicios de salud de los afiliados de CAPRECOM, a efectos del programa de recuperación, se condonaron las obligaciones que tenía esa entidad con la Nación con la presentación del informe de ejecución de plan mencionado.
- A través del proceso de compra de cartera establecido en la Ley 1608 de 2013, CAPRECOM realizó 166 operaciones por un monto total de \$371 mil millones de pesos, los cuales se giraron en su totalidad a 118 diferentes prestadores de servicios de salud. De estos el 66% (\$244 mil Mill.) se giraron a IPS públicas, el 27% (\$101 mil Mill.) a IPS privadas y 7% (\$24 mil Mill.) a IPS Mixtas.

regionales. Adicionalmente, enfrentó dificultades relacionadas con aspectos de su gestión financiera, que se refleja en una pérdida constante de su patrimonio, un aumento en sus pasivos y la disminución de los activos, que la llevó a presentar utilidades netas negativas en los últimos años. Sumado a lo anterior, el incremento de la cartera con su red de IPS generó un riesgo de contagio que era necesario tratar con sumo cuidado para evitar una crisis generalizada en el sistema.

Desde el punto de vista financiero se evidenció un creciente deterioro de la situación de la EPS. Entre el año 2010 y 2014, se incrementaron los pasivos en cerca de \$763 mil millones de pesos, mientras que los activos de la Entidad sólo crecieron \$137 mil millones de pesos para el mismo periodo, lo que generó un decrecimiento en el patrimonio cercano a \$626 mil millones de pesos. Por otra parte, con corte a junio de 2015, la entidad presentaba una pérdida acumulada de \$974 mil millones de pesos; situación difícil de revertir. En línea con lo anterior, el margen de solvencia registró números negativos en 2014 (septiembre y cierre de 2014 en -\$1.086.087 y -\$1.094.077 millones, respectivamente) y, en 2015, no era alentadora la progresión de las cifras, pues hubo un registro negativo en el cierre de junio por \$1.089.531 millones, según la Superintendencia Nacional de Salud.

En la evaluación y estimación de las condiciones financieras por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la capitalización de las EPS y el fortalecimiento de su patrimonio requeriría un monto aproximado a los \$3 billones de pesos, esto es, por el defecto en su capital mínimo y patrimonio adecuado por un monto de \$1,15 billones de pesos, y el saneamiento y pago de la cartera, que de acuerdo con las cuentas por pagar de la EPS ascendería aproximadamente a \$1,85 billones. Dados los problemas estructurales de desempeño de la entidad y teniendo en cuenta que en el pasado el Gobierno Nacional ya había dado apoyo a CAPRECOM, sin los resultados esperados, el Gobierno consideró que no era viable entrar a cubrir estas necesidades financieras.

Finalmente, toda esta situación se vio reflejada en una deficiente prestación del servicio de salud a sus usuarios, que entre otras cosas se origina por la falta de disponibilidad de una red de atención de calidad y oportuna en todo el territorio que hacían parte de su cobertura. La mala gestión del riesgo de salud hizo que la entidad se encontraría en los últimos lugares de los indicadores de calidad, tanto aquellos más objetivos, así como los contruados a partir de la percepción de los usuarios, de tal manera que la principal función de la EPS, que es velar por la salud de sus usuarios estaba en entre dicho y lesionaba de manera preocupante el derecho a la salud de sus afiliados.

Con base en los argumentos anotados y los informes formales del MSPS<sup>6</sup> y la Superintendencia Nacional de Salud<sup>7</sup>, el Gobierno Nacional, tomó la decisión de ordenar la supresión e iniciar la liquidación de CAPRECOM, mediante el Decreto 2519

<sup>6</sup> MSPS. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones. CAPRECOM. Evaluación de gestión administrativa. 2015.

<sup>7</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Situación de la Caja de Previsión Social de las Comunicaciones. Diciembre 2015.

de 2015, teniendo como prioridad asegurar la continuidad del aseguramiento para más de dos millones de afiliados, la definición de reglas claras para iniciar el proceso de desvinculación de los trabajadores, siempre en el marco del respeto de los derechos laborales y el mecanismo para pagar las deudas con los prestadores y proveedores. Adicionalmente, para apoyar este último punto se expidió la Ley 1771 de 2015, que autorizó el uso de \$500 mil millones de pesos que se sumaron en 2016 a los recursos que la liquidación pueda disponer para el pago de sus acreencias a prestadores y proveedores de tecnologías de salud.

Finalmente, es importante resaltar que el proceso de traslado especial de los usuarios se realizó directamente por el MSPS, previa revisión de la Superintendencia Nacional de Salud, lo que garantizó que todas las personas que estaban reportadas como afiliadas a la EPS Caprecom, en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), fueron asignadas desde el primero de enero del año 2015 a la EPS receptoras. La tablas 1 muestra los resultados finales de la distribución de afiliados.

**Tabla 1.**  
**Distribución de afiliados del régimen subsidiado y contributivo,**  
**en aplicación del Decreto 2519 de 2015**

EPS	RÉGIMEN SUBSIDIADO		RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
	Afiliados	%	Afiliados	%
CCF DE LA GUAJIRA	15.873	0,72%	-	0,00%
CCF COMFAMILIAR NARIÑO	6.859	0,31%	2	0,04%
CCF COMFACOR COMFACOR	52.806	2,38%	14	0,27%
CCF COMFACUNDI	17.188	0,78%	-	0,00%
CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	51.426	2,32%	6	0,11%
EPS CONVIDA	44.095	1,99%	133	2,54%
CAPITAL SALUD	160.518	7,25%	501	9,55%
COOSALUD E.S.S.	157.236	7,10%	177	3,37%
ASMET SALUD	180.907	8,17%	313	5,97%
EMSSANAR E.S.S.	229.597	10,37%	1.388	26,46%
COMPARTA	265.575	11,99%	583	11,11%
MUTUAL SER	82.229	3,71%	4	0,08%
CAPRESOCA EPS	23.800	1,07%	228	4,35%
AMBUQ	64.869	2,93%	31	0,59%
NUEVA EPS S.A. - R.S.	861.979	38,92%	1.866	35,57%
<b>TOTAL</b>	<b>2.214.957</b>	<b>100%</b>	<b>5.246</b>	<b>100%</b>

Fuente: MSPS

## 2.7 Liquidación de Saludcoop y traslado a Cafesalud

La liquidación de la EPS Saludcoop se presentó como respuesta al riesgo no solo para la continuidad de la prestación de servicios de salud para sus afiliados sino también para la estabilización de todo el SGSSS. Lo anterior, considerando el número de afiliados de la entidad, agrupando el veintiséis por ciento (26%) del mercado del régimen contributivo, con presencia nacional en treinta y dos (32) departamentos.

La EPS Saludcoop estuvo intervenida desde mayo del año 2011 por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con avances en la depuración de sus estados financieros y corrección de los hallazgos que originaron la medida de intervención. Sin embargo, y pese a los esfuerzos realizados por dicha Superintendencia e interventoría, en el año 2015 se presentó un informe sobre la situación financiera de la entidad con corte a septiembre de 2015, el cual indicó que la entidad tenía patrimonio negativo superior a los 2,8 billones de pesos; que el costo de la prestación de servicios y los gastos administrativos superaban los ingresos de la entidad, hechos que ponían en evidencia su inviabilidad; además, que la EPS presentaba incremento en el déficit de capital de trabajo, lo que no permitía cubrir sus obligaciones.

Con base en lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud, realizó el análisis de los riesgos en el aseguramiento en salud, legales, reputacionales y financieros, que se derivaron de la situación y operación de la EPS, concluyendo que dichos riesgos no aseguraban los derechos de los usuarios ni garantizaban la continuidad en la prestación del servicio, en condiciones de calidad y oportunidad, razón por la cual, mediante la Resolución 2414 de 2015, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar esta EPS.

El MSPS y la Superintendencia Nacional de Salud, con base en la medida de liquidación de esta EPS, diseñó una estrategia para mitigar el riesgo en el mercado de aseguramiento y prestación de los servicios de salud, que permitiera: i) la menor afectación en la continuidad de los servicios para los afiliados; ii) generar mecanismos de corto y mediano plazo para el pago a los prestadores y proveedores; y; iii) reducir el impacto en los trabajadores que dependen del grupo.

En este contexto, se definió como marco estratégico el traslado y asignación de la población afiliada a Cafesalud EPS. Dicha propuesta cumplía con las tres premisas indicadas anteriormente, toda vez que mantenía el aseguramiento para el conjunto de la población afiliada, en su lugar de residencia, sin que dicha población tuviese que realizar ningún trámite; promovía la conservación del trabajo de los empleados directos de las empresas del grupo empresarial y generaba la valorización del activo más importante en aseguramiento en salud como mecanismo de respaldo para cumplir con los pasivos actuales de Saludcoop EPS.

En efecto, la asignación especial de afiliados a Cafesalud, permitió que los usuarios mantuvieran la red de servicios que los venía atendiendo, en aras de mantener la continuidad en la prestación, en la medida en que la red de prestadores se ha construido en un esfuerzo importante logrando contar con servicios en todos los municipios del país y una importante red de georreferenciación, situación que a la vez garantizó la cobertura en algunos municipios donde no se tiene aseguramiento por otra entidad, tanto en el régimen contributivo como subsidiado; se pudo aprovechar el mejoramiento de los procesos administrativos y de la gestión de los riesgos de la población.

- **Traslado de los afiliados de Saludcoop EPS en liquidación a Cafesalud EPS**

En aplicación de las disposiciones contenidas en el Decreto 2089 de 2015, Saludcoop EPS en Liquidación presentó ante la Superintendencia Nacional de Salud un plan de asignación de usuarios para garantizar la continuidad en el aseguramiento de la población afiliada a tal EPS, correspondiente a más del 4% de la población afiliada al SGSSS, con base en la Resolución 2414 de 2015, por la cual la Superintendencia Nacional de Salud tomó posesión de Saludcoop EPS, para proceder con su liquidación.

Presentado el plan de asignación, la Superintendencia Nacional de Salud, considerando la menor afectación en la prestación de los servicios a los usuarios y la viabilidad mismo, mediante Resolución 2422 de 2015 procedió a la aprobación del plan y en consecuencia asignó el total de la población afiliada de Saludcoop EPS a Cafesalud EPS, a partir del primero (1) de diciembre de 2015, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud de tales usuarios.

El proceso de traslado se surtió de conformidad con lo indicado en el plan de viabilidad, generando la migración de la información de la base de datos de Saludcoop a Cafesalud, garantizando la atención de la totalidad de los usuarios, así como la menor afectación en la prestación de los servicios, en la medida en que se mantuvo la prestación en las mismas IPS donde venían siendo atendidos; se priorizó la población de enfermedades crónicas, programas especiales y de alto costo, así como las poblaciones de especial protección; se fortaleció el servicio de *call center* y las oficinas de atención al usuario, entre otras medidas; y, se aseguró a las IPS, el pago de los servicios prestados a los usuarios a partir del primero (1) de diciembre, generando tranquilidad entre los prestadores ante la inminente liquidación de Saludcoop.

- **Apoyo de la Subcuenta de Garantías del Fosyga al Fortalecimiento patrimonial de Cafesalud EPS**

El MSPS, en ejercicio de la competencia de reglamentar las operaciones contenidas en el Decreto 1681 de 2015, expidió la Resolución 4385 de 2015 donde se establecen las condiciones para la suscripción de títulos representativos de deuda subordinada por

parte del MSPS, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA.

Así mismo, en dicha Resolución se indicó que los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones–BOCAS, que suscriba el MSPS, deben estar encaminados a fortalecer patrimonialmente a las Entidades Promotoras de Salud que tengan como mínimo el 3% de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y capacidad de afiliación en quince (15) o más departamentos del país, autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud y cuya participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud sea indispensable para la garantía del acceso a los servicios de salud de la población afiliada.

En este contexto, como parte de la estrategia para apoyar a la EPS receptora de los afiliados de Saludcoop en liquidación, con base en los anteriores marcos normativos, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 5 de la Resolución 4385 de 2015, CAFESALUD EPS S.A presentó al MSPS carta de invitación para la suscripción BOCAS con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA.

Con fundamento en lo anterior, una vez verificado el cumplimiento de los criterios establecidos en el artículo 6 de la Resolución 4385 de 2015, este Ministerio aceptó la carta de invitación para la suscripción de los BOCAS por un monto de \$200.000 millones.

### 3. SALUD PÚBLICA

Corresponde al MSPS, en cumplimiento de las competencias estipuladas en las Leyes 715 de 2000, 1122 de 2007, 1438 de 2011, el Decreto Ley 4107 de 2011 y normas reglamentarias, 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, así como desarrollar un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social.

Adicionalmente, se tiene la responsabilidad legal de formular políticas, programas, planes y proyectos en salud y además debe regular, proporcionar asistencia técnica e implantar los mismos, según lo establecen las Leyes 9 de 1979, 715 de 2001, Decreto 4107 de 2011 y demás normatividad que sobre la materia se ha expedido.

#### 3.1 Planeación en salud

La elaboración de los Análisis de Situación de Salud (ASIS) apoya el proceso de planeación en salud pública, facilitando la identificación de necesidades y prioridades sanitarias, la implementación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto.

En este sentido, el Ministerio viene desarrollando acciones en pro de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública–PDSP, teniendo entre las más relevantes las que se enuncian a continuación:

- Asistencia técnica al 100% de las entidades territoriales, para elaborar y para actualizar los ASIS.
- Asistencia técnica al 100% de las EAPB para realizar la caracterización de su población afiliada durante el 2015.
- Disposición de los indicadores actualizados, necesarios para la actualización del ASIS y la caracterización población de las EAPB.
- 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) Evaluación de la normalidad en datos de violencia interpersonal en Colombia, 2013; 2) Importancia e interpretación de la pirámide poblacional; 3) Transformación de datos violencia

interpersonal positivamente asimétricos, Colombia 2013; 4) Estimación y ajuste de tasas mediante el método directo para mortalidad en Colombia; 5) Años de Vida Potencial Perdidos en los accidentes de transporte terrestre en Colombia, 2005–2013; y, 6) Estimación de la edad promedio para el análisis demográfico.

- Disposiciones normativas sobre el proceso de planeación integral en salud, expuestas a través de la Resolución 1536 de 2015.
- Elaboración del ASIS Nacional 2015.
- Avance en la construcción del curso virtual de ASIS y caracterización de EAPB.
- Avance en el desarrollo de la plataforma de ASIS Web y caracterización de EAPB Web.

En la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, el MSPS, en cumplimiento de la Resolución 1841 de 2013, orientó el desarrollo e implementación del PDSP en los territorios, mediante 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 Ley Estatutaria, mediante 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 Sistema de Monitoreo y Evaluación (cuatro módulos); se prevé culminar el cuarto módulo al finalizar el primer semestre del 2016 y ponerlo en marcha en el segundo semestre del mismo año.
- 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 MSPS transferir los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos a los territorios para la elaboración 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 año 2015 y a la fecha del 2016 en el proceso de formación activa para la planeación integral en salud fueron:

- Estrategia integral para la planeación territorial en salud (PASE a la Equidad en Salud, conjunto de lineamientos normativos, conceptuales, metodológicos y operativos).

- Diplomado de la estrategia PASE a la Equidad en Salud para los funcionarios del MSPS y de entidades de control y entidades departamentales y distritales.
- Curso intensivo de transferencia de la estrategia PASE a la Equidad en Salud para la armonización de los planes territoriales de salud 2012–2015 con el Plan Decenal de Salud Pública.
- Asistencia Técnica Unificada–ATU, orientada a la formación activa para implementar los lineamientos de PASE a la Equidad en Salud con el fin de armonizar los PTS-POAI-PA, con cobertura del 100% de los departamentos y distritos del país y, asesoría y acompañamiento a los departamentos para expandir la estrategia al 75% de los municipios del país.
- Soporte tecnológico virtual al componente estratégico y operativo (CEO) del PTS–PDSP
- Protocolo de seguimiento al proceso de planeación integral en salud en los territorios
- Definición del alcance de monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud.
- Avance en el cumplimiento del proceso de armonización del Plan Territorial de Salud bajo los lineamientos técnicos, en el 97% de los departamentos y distritos y 70% de los municipios.
- Lineamiento para elaborar el informe de gestión a los nuevos mandatarios y para el proceso de empalme de los gobiernos saliente y entrante.

Los avances en la hoja de ruta del proceso de implementación del PDSP 2012–2015, permitió 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; y, c) la línea de base para actualizar y vincular los mandatos territoriales en el Plan de Salud Territorial 2016–2019, el cual deberá ser aprobado de manera integral con el Plan de Desarrollo para la misma vigencia.

Durante el 2015, 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.

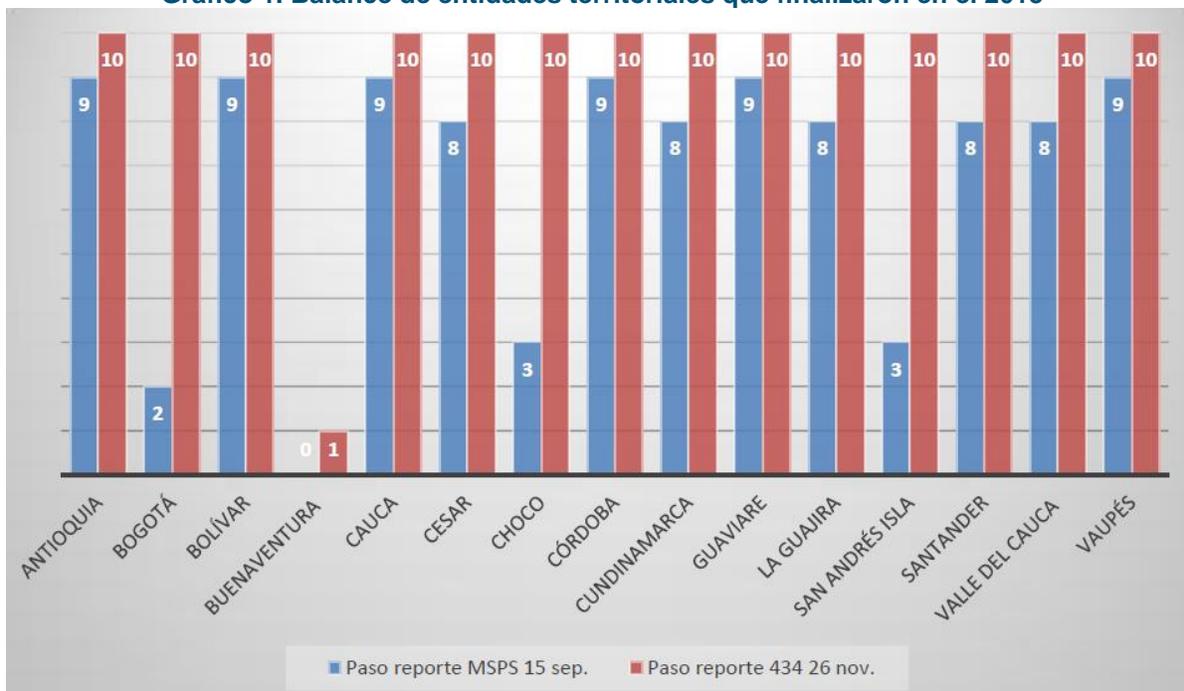
De enero a mayo del 2016, la asesoría y acompañamiento técnico se centraron en lograr:

- 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.
- Elaboración, por parte de las entidades departamentales y distritales, del componente de salud en el Plan Financiero Territorial, armonizado al Marco Fiscal de Mediano Plazo: 100% entregados y con oportunidad 91,8%.

- 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.
- Actualización o 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.

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 el Ministerio ha dispuesto. Se apalancó a esta estrategia la oferta de un Aula Virtual de Aprendizaje, para lo cual el Ministerio realizó Convenio de Cooperación con el Fondo de Naciones Unidas, que trabaja en colaboración con la Universidad Externado.

**Gráfico 1. Balance de entidades territoriales que finalizaron en el 2015**



### Comisión Intersectorial de Salud Pública (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 2015 y lo transcurrido del 2016:

- **Julio de 2015:** Se inició un trabajo técnico interno con la Subdirección de Enfermedades No transmisibles de la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS durante más de 6 meses, con el propósito de presentar una propuesta para la promoción del consumo de frutas y verduras.
- **Octubre 8 de 2015:** Se citó al Comité Técnico de la CISP para estructurar la propuesta que acogiera la idea del Ministro de Trabajo en la anterior sesión frente a realizar acciones puntuales en los territorios donde se evidenciara el trabajo coordinado.  
Se planteó una estrategia multisectorial para aunar esfuerzos de Gobierno, alineando infraestructuras, bienes y servicios de actores, sectores en torno a un proyecto intersectorial nacional que facilitara el acceso, disponibilidad, precios, calidad e inocuidad de las frutas y verduras promoviendo el aumento de su consumo en los entornos de vida cotidianos y en unas áreas demostrativas definidas previamente. Esta estrategia le apuntaba al cumplimiento de la “mega–meta” del sector: *“a 2018 disminuir en un 8% la mortalidad por estas causas y recuperando para sus vidas años libres de enfermedad”*.
- **Octubre 22 de 2015:** Comité Técnico CISP. Se avanzó en los compromisos por sector, discutiendo las actividades puntuales que debían consignarse en el documento del pacto de acción intersectorial que sería el insumo a llevar para aprobación a la sesión ordinaria.
- **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 se decidió 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 del MSPS, 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 MSPS en el marco de la Secretaria 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 mega-meta sectorial, se trabajaran en el espacio de la CISP, de la mano de la Oficina de Planeación del Ministerio.

- **Mayo 10 de 2016:** En reunión técnica entre el DNP y el Ministerio, 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.

### 3.2 Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI

A partir del 1 de julio de 2015, Colombia introdujo la vacuna contra la varicela en el esquema nacional de vacunación gratuito para todos los nacidos a partir del 1 de julio de 2014, obteniéndose una cobertura del 93,5% al finalizar el año, definiéndose como útil para la introducción de una vacuna nueva. Con lo anterior, se identifica a Colombia como uno de los países con el programa de vacunación más completo de la región de las Américas, con un total de 21 vacunas, que protegen contra 26 enfermedades inmunoprevenibles.

- **Desarrollo de capacidades del talento humano**

Dentro del plan de asistencia técnica, el MSPS realizó actividades de asistencia técnica en el 100% de las entidades territoriales; de igual manera se trabajó con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB a nivel nacional y territorial para el fortalecimiento operativo del PAI y búsqueda de población objeto. Se acompañó, además, la realización de cuatro jornadas de vacunación nacionales, dispuestas para los meses de enero, abril, agosto y noviembre de 2015. Así mismo, se adelantó, en conjunto con las entidades territoriales, la puesta al día de los esquemas 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, con lo cual se fortaleció el logro de coberturas útiles de vacunación.

En lo referente al componente de capacitación y fortalecimiento del talento humano, se mantuvo un trabajo articulado entre el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, el

MSPS y 30 entidades territoriales de salud, logrando la certificación de 4.540 personas profesionales y técnicos en salud, para laborar o que laboran en el PAI, en la competencia laboral “administrar inmunobiológicos según delegación y normativa vigente” (Código NCL: 230101210).

En lo corrido de 2016, en cuanto a asistencia técnica, se han realizado actividades presenciales y no presenciales hacia las entidades territoriales. En lo correspondiente a las presenciales, se efectuaron visitas de acompañamiento, capacitación, asesoría, monitoreo y evaluación, gestión del conocimiento, supervisión de convenios, abogacía, representación del Ministerio, al 94% (37). Y en lo no presencial, se han realizado dos video conferencias con participación del 95% de las entidades territoriales en temas de gestión para la certificación del talento humano en competencias laborales (aplicación de biológicos según delegación y normatividad vigente), con el SENA, el MSPS–PAI y última fase preparatoria para la realización del cambio de la vacuna de polio oral trivalente (VOPt), por la vacuna de polio oral bivalente (VOPb).

Durante el 2016, se han realizado actividades en terreno, con gestores regionales, profesionales y técnicos, médicos pediatras, aseguradores, prestadores, entre otros, en los contenidos del PAI y cambio de vacuna de polio oral trivalente por vacuna oral bivalente, en 59 asistencias técnicas presenciales y virtuales y 28 reuniones presenciales regionales, además de dos reuniones nacionales virtuales nacionales. Se han emitido documentos normativos entre los cuales están los lineamientos nacionales PAI 2015, 2 documentos de lineamientos de jornada nacional (enero, abril), un documento de lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la Vacuna Oral Bivalente contra la Poliomieltitis-VOPb, en el esquema de vacunación permanente del PAI y un documento de lineamientos para el abordaje integral de brotes de enfermedad meningocócica en el contexto de la atención integral en salud.

- **Gestión de conocimiento**

En lo relacionado con investigación, se culminó el estudio “Programa de Monitoreo de la Vacunación con Vacuna Tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), Colombia (Validación de la detección y genotificación a partir de muestras de orina Convenio INC-MSPS)” y del “Estudio Multicéntrico de Efectividad de la Vacuna de Influenza” (articulado con OPS/OMS), que se publicará en 2016. Además, se dio inicio al estudio de efectividad de la vacunación de gestantes con vacuna contra tos ferina, tétanos y difteria (dTap), para la reducción de mortalidad y morbilidad grave, en el marco de la estrategia de control de tos ferina, en convenio con la Universidad de Antioquia. La primera parte finalizará en segundo semestre de 2016 y la segunda al final de ese año.

Se emitió el Manual Técnico Administrativo del PAI, actualizado a 2015, el cual se encuentra disponible en el link en la página Web del MSPS:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=PAI#k=PAI#s=11](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=PAI#k=PAI#s=11)  
(Actualmente se encuentra en proceso de impresión para la versión física).

- **Sistemas de información**

El sistema de información nominal del PAI fue fortalecido con la mesa de ayuda nacional, cuyo objetivo es brindar soporte técnico en lo referente a la gestión, activación del sistema e inconformidades relacionadas con el proceso. Además, fueron entregados 997 computadores nuevos a las 37 entidades territoriales del país, con las características necesarias operativas y tecnológicas, para ser distribuidos en los municipios priorizados para desarrollar y fortalecer el sistema de información nominal.

Se ha contado con profesionales desarrolladores para apoyar a la Oficina de Tecnología y la Comunicación–OTIC del MSPS, en las actualizaciones y ajustes de las novedades del sistema en ambiente web, de la plataforma Moodle, el desarrollo de un CD multimedia, con los contenidos de un curso virtual para capacitación del sistema de información nominal del PAI, además del desarrollo del sistema en ambiente no web.

- **Cadena de frío**

Como estrategia de fortalecimiento a los componentes de cadena de frío y gestión de insumos del programa y como herramienta fundamental para el éxito en la gestión administrativa, se realizó un 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; el evento fue convocado por la Organización Panamericana de la Salud–OPS. Con el objetivo de garantizar el almacenamiento óptimo de los inmunobiológicos y en cumplimiento a la normatividad internacional de buenas prácticas de almacenamiento y manufactura, está en proceso de contratación la actualización de la calificación operacional y de desempeño de dos cuartos de refrigeración y un cuarto de congelación que hacen parte del almacén nacional del PAI.

- **Indicadores**

En cuanto al cumplimiento de los indicadores trazadores del PAI para el año 2015 y que aportaron al Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) No. 4, para la reducción de la mortalidad infantil, se observa en la tabla No. 2, que el porcentaje de avance, desde 1990 (línea base) a 2015, fue del 4.4% para menores de 1 año con DPT y del 12% para 1 año de edad con Triple Viral.

**Tabla 2**  
**Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil, Indicador coberturas de vacunación.**

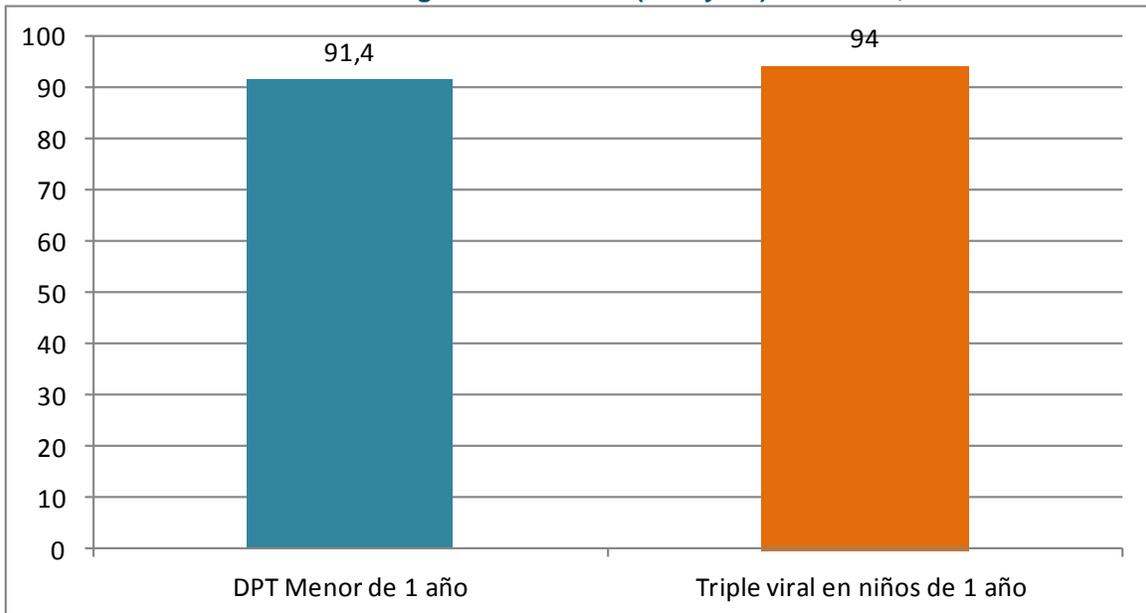
ODM Objetivo 4.	Indicador	Línea base	Situación actual	Porcentaje de avance
Reducir la mortalidad infantil y en la niñez	Cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año	87%	91,4%	4.4%
		1990	2015	

ODM Objetivo 4.	Indicador	Línea base	Situación actual	Porcentaje de avance
	Cobertura de vacunación con Triple Viral en menores de 1 año	82%	94%	12%
		1990	2015	

Fuente: DANE-EEVV ajustadas por métodos demográficos y estadísticos. MSPS-PAI. Consolidado de información 2015.

El cumplimiento de coberturas de vacunación para el 2015, 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 91,4% y con triple viral (TV) en 1 año de edad del 94%.

**Gráfico 2.**  
**Cobertura de biológicos trazadores (DPT y TV) Colombia, 2015.**



Fuente: Plantillas de Reporte Mensual - Sistemas de Información – MPS. Fecha de corte: diciembre de 2015.

Con respecto del consolidado 2015 de los biológicos trazadores para los ODM, correspondientes a la vacuna DPT para menores de 1 año y 1 de año de edad con triple viral, por entidad territorial<sup>8</sup>, donde Atlántico, Barranquilla, Cartagena, Caldas, Cundinamarca, Quindío, Valle Del Cauca, obtuvieron coberturas iguales o superiores al 95%, con DPT (menores de 1 año) y Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá D.C., Cartagena, Caldas, Cesar, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Santa Marta,

<sup>8</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/Contruya%20Su%20Consulta/Vacunacion.aspx>

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

Santander, Valle del Cauca, coberturas iguales o superiores al 95% con triple viral al año de edad.

El cumplimiento de coberturas de vacunación, con corte a mayo de 2016, se muestran en la Tabla No. 3, donde se observa que para Difteria, Tosferina y Tétano (DPT) incluida en la vacuna de pentavalente, más Haemofilus influenzae tipo b (Hib) y Hepatitis B (HB), en menores de 1 año es del 30,4%, resaltando cobertura útil en Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá D.C., Boyacá, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y en 1 año, con triple viral (TV), del 94% nacional acumulado, donde cuenta con cobertura útil Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá DC, Boyacá, Casanare, Guainía, Guaviare, Santa Marta, Meta, Quindío, Risaralda, San Andrés Isla, Valle del Cauca.

**Tabla 3. Indicadores Programa Ampliado de Inmunización (registrados en SINERGIA):**

INDICADOR	Resultados 2015	Resultados 2016 (mayo)
Biológicos incorporados en el Esquema Nacional de Vacunación	21	21
Cobertura de vacunación en menores de un año con terceras dosis de pentavalente	91,4%	38,3%
Cobertura de vacunación en niños de un año de edad con triple viral	94%	38,1%
Cobertura de vacunación con tercera dosis de DPT en niños menores de un año - Pacífico	Cauca = 88,2%	Cauca = 38,4%
	Choco = 82,4%	Choco = 32,7%
	Nariño = 91,3%	Nariño = 38,8%
	Valle del Cauca = 96,8%	Valle del Cauca = 39,7%
	Buenaventura D. = 64,2%	Buenaventura D. = 26,3%
Departamentos que implementan el nuevo sistema de información nominal del PAI	36/37	36/37
Cobertura de vacunación con tercera dosis de DPT en niños menores de un año - Llanos	Arauca = 93,2%	Arauca = 43,3%
	Casanare = 92%	Casanare = 38,5%
	Meta = 87,7%	Meta = 37,8%
	Vichada = 70,1%	Vichada = 25,5%

Fuente: MSPS-PAI

- **Dificultades y obstáculos que afectaron el cumplimiento de objetivos**

Dentro de las causas asociadas para no lograr coberturas útiles, mayor o igual al 95%, se deben considerar múltiples factores que aún persisten en las entidades territoriales y que inciden en este resultado, como son:

- La presencia de mayor número de población residente en la zona rural dispersa,

- Altos costos logísticos y operativos no compensados por la UPC subsidiada, para el desplazamiento a las zonas de difícil acceso con población objeto del programa,
- Problemas de orden público en algunos municipios del país, que impiden el acceso a la vacunación de la población objeto infantil y de la familia (zonas con fronteras invisibles, pandillas, delincuencia común, conflicto armado, entre otros),
- Padres o cuidadores que por sus creencias religiosas o ideológicas, no permiten la vacunación de los niños y niñas,
- Desinformación por medios de comunicación y redes sociales, referentes a las vacunas y eventos supuestamente esperados con las mismas,
- Desvinculación del sector educación para apoyar la consecución de esquemas completos para la edad y acceso de la vacunación a establecimientos educativos,
- Aumento de grupos y personas anti-vacunas, que incide en el acceso de la población a demandar las vacunas del esquema,
- Dificultades en la implementación del sistema de información nominal vía no web en las instituciones que prestan el servicio de vacunación con dificultades de acceso tecnológico y de comunicación,
- Permanente rotación del personal de salud capacitado para la prestación del servicio de vacunación en los municipios, entre otros.

### 3.3 Enfermedades transmisibles

El Instituto Nacional de Salud adelanta acciones de investigación y gestión del conocimiento, como insumo para el desarrollo de estrategias para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. En este aspecto son relevantes las siguientes acciones:

- Publicación del análisis de desigualdades en la mortalidad por tuberculosis.
- Publicación del análisis de desigualdades en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en Colombia, en niños menores de cinco años.
- Publicación del análisis de desigualdades en la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en Colombia.
- Generación modelo de predicción de casos de Zika en Colombia.

(Disponibles en el Informe Nacional de Desigualdades Sociales en Salud en Colombia del Observatorio Nacional de Salud)

Por su parte, el Grupo de Enfermedades Infecciosas Emergentes, Reemergentes y Desatendidas del MSPS abarca acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de varias enfermedades o eventos, en su mayoría nuevos en la agenda de salud pública, agrupadas según vía de transmisión, y otras , que responden al concepto y priorización de eventos emergentes, reemergentes y desatendidos, así:

- Enfermedades transmitidas por vía aérea y contacto directo, tales como: Tuberculosis (TB), la lepra, Infección Respiratoria Aguda (IRA).
- Enfermedades transmitidas por suelo, agua y alimentos, como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) de origen multicausal y las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS)
- Enfermedades Emergentes como las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y la Resistencia Antimicrobiana (RAM) y
- Enfermedades infecciosas desatendidas, que para Colombia están priorizadas:
  - o Ceguera por tracoma
  - o Geohelmintiasis o las Helmintiasis Transmitidas por el contacto con el Suelo (HTS), que incluye intervención simultánea mediante desparasitación antihelmíntica contra *Ancylostoma duodenale* y *Necátor americanus* (conocidos como uncinarias), *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura*.
  - o Ectoparasitosis (tungiasis, pediculosis, escabiosis, larva migrans cutánea, miasis y picaduras de garrapata).

## • Tuberculosis (TB)

Colombia, en concordancia con la Organización Mundial de la Salud, se encuentra en el proceso de adopción e implementación de los pilares y componentes de la estrategia “Fin a la Tuberculosis”, apoyada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que incluye entre sus metas la reducción progresiva de la mortalidad por tuberculosis en todo el territorio nacional a menos de 1,59 casos por 100 000 habitantes.

El país, a través de convenios de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones, ha fortalecido líneas estratégicas como tuberculosis en población vulnerable, la cual involucra principalmente población indígena, población privada de la libertad, población habitante de calle y población afro de la costa Pacífica, el abordaje de la tuberculosis resistente a fármacos antituberculosos, las actividades colaborativas tuberculosis/VIH y el control de infecciones, entre otras.

Debido a una reclasificación de los casos inicialmente atribuida a VIH y al mejoramiento del sistema de información del programa, a diciembre de 2015, los principales indicadores del programa y las tendencias de mortalidad, muestran un incremento evidenciado, en virtud de lo cual, desde la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS, se han gestionado durante la vigencia, las siguientes acciones:

- Garantizar la compra centralizada de los medicamentos de los esquemas normados de tratamiento de la tuberculosis y la tuberculosis resistente a fármacos antituberculosos.
- Giro de recursos de transferencia con destinación específica a las entidades territoriales de orden departamental y distrital, mediante la Resolución 1029 de 2016, por valor de \$6.889.762.000, para complementar y fortalecer las acciones

propias del programa de prevención y control de la TB que tiene relación con la búsqueda activa de casos, asistencia técnica a la red de prestadores de servicios de salud y aseguradoras, seguimiento a las cohortes, sostenimiento del sistema de información y de la cadena de suministro de medicamentos, los cuales se distribuyeron atendiendo aspectos como:

- Carga de enfermedad
- Ejecución en vigencias anteriores
- Capacidad resolutive e histórica de las asignaciones.

## • Lepra

Colombia desarrolló y promulgó el “Plan estratégico para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de lepra en el país para el periodo 2010-2015”, con la meta a 2015 consistente en lograr que en todos los municipios del país se tengan prevalencias menores a 1 caso por 10.000 habitantes y reducir en 35% (sobre las cifras de 2010) la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2. Durante la vigencia 2015, la prevalencia fue de 0,12 casos por 10.000 habitantes cumpliendo así con la meta propuesta.

Los elementos principales de la estrategia de control de lepra en Colombia, que han permitido el logro de estas metas son los siguientes:

- Sostener las actividades de control de la lepra en todas las áreas donde la enfermedad es endémica.
- Usar la detección de casos como el principal indicador para vigilar el progreso.
- Tratar de alcanzar una gran calidad en el diagnóstico, el tratamiento, el registro y la notificación de los casos en todas las comunidades endémicas.
- Fortalecer los servicios atención y de remisión de pacientes.
- Crear herramientas y procedimientos domiciliarios y comunitarios integrados y localmente apropiados para la prevención de discapacidades y deficiencias en la prestación de servicios de rehabilitación.
- Promover la investigación operativa encaminada a mejorar la aplicación de una estrategia sostenible para el control de la lepra.
- Promover convenios de trabajo propicios con socios en todos los niveles.

Además, para complementar y fortalecer las acciones propias del programa de prevención, control y eliminación de la lepra, el MSPS giró recursos de transferencia con destinación específica a las entidades territoriales de orden departamental y distrital, mediante la Resolución 1030 de 2016, por valor \$1.653.181.000, los cuales se distribuyeron atendiendo a aspectos como: carga de enfermedad, ejecución en vigencias anteriores, capacidad resolutive e histórica de las asignaciones, entre otras.

En cuanto a otros indicadores del programa, a diciembre de 2015, los resultados obtenidos fueron:

- Tasa de detección de casos nuevos: 0,89 x 100.000 Habitantes
- Casos en tratamiento al final del año: 587
- Casos nuevos: 423
- Casos nuevos en niños: 7 (menos del 2% del total de casos)
- Casos con discapacidad severa: 52 (12% del total de casos). Indicador principal del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)
- Leprorreacciones: 216 (64 tipo I y 152 tipo)

Para la atención específica de esta problemática, en el sector se encuentran los Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación que de acuerdo con su área de influencia han desarrollado las siguientes acciones:

### Sanatorio de Agua de Dios – Programa de Hansen

El Sanatorio de Agua de Dios, en su programa lepra, desarrolla actividades encaminadas al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la persona afectada por la enfermedad de Hansen.

La institución detectó un menor número de casos diagnosticados durante 2015, respecto al 2014, especialmente en relación a los casos autóctonos, con un incremento de los foráneos, resultado esperable en el comportamiento de la lepra. Vale la pena resaltar que los programas deben sostener la búsqueda activa y pasiva en grupos vulnerables, además de pensar en la lepra como opción de diagnóstico.

No hubo incidencia de lepra en el municipio Agua de Dios en 2015. El municipio históricamente presente una alta carga de la enfermedad por lo que debe sospechar el factor de riesgo existente, con un 10% de la población que es enferma de Hansen y el periodo de incubación de esta enfermedad puede durar entre 1 y 20 años.

El Sanatorio realiza seguimiento mensual de adherencia al tratamiento, como estrategia para reducción de la carga de la enfermedad, cumpliendo el esquema de 12 blíster en 18 meses. Para el año 2015 no hubo pacientes irregulares. El promedio de pacientes en tratamiento para la lepra es de 3 usuarios, los cuales se clasificaron como multibacilares. No se ha registrado ningún caso de usuarios irregulares en el tratamiento. Se entregaron 34 blíster a 10 pacientes diagnosticados con Hansen.

En cuanto al seguimiento a ex pacientes del programa, se realizaron 912 valoraciones anuales de manera integral: Médico, laboratorio, odontología, trabajo social, enfermería (ulceras) y fisioterapia. Se tomaron 12 biopsias: 2 positivas 10 negativas, 1.118 baciloscopia; de éstas, 2 positivas para Hansen.

Para la rehabilitación del paciente que padece la enfermedad de Hansen y el curado social o ex paciente se le atiende de manera integral y se remite a las especialidades habilitadas. A las no habilitadas, se referencia hacia otro centro de atención para la

especialidad que requiera la persona con su patología respectiva. La atención es oportuna y con trato digno y eficaz.

### Sanatorio de Contratación

En conjunto con el MSPS, en el marco del Programa Nacional de Lepra, se adelantaron las siguientes actividades:

- Capacitaciones a profesionales de la salud en la investigación de campo y estudio de contactos y/o convivientes, intensificando la visita epidemiológica de campo ante todo caso de lepra;
- Promoción de la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico a través de la visita de convivientes como estrategia de prevención;
- Acciones tendientes a incentivar en el personal de salud el espíritu crítico, capacidad de discernimiento y tomas de decisiones en problemas operativos relacionados con la enfermedad de Hansen,
- Análisis de la información recolectada y las recomendaciones para optimizar la operatividad de los programas Hansen a nivel territorial; y,
- Asistencia técnica a los diferentes referentes de las entidades territoriales, departamentales y distritales establecidos en los lineamientos nacionales.

Las acciones mencionadas fueron ejecutadas en el departamento de Bolívar, donde se priorizaron los municipios de Achí, Magangué, Guamo y el Distrito de Cartagena. En el departamento del Atlántico, con asistencia especial en los municipios de Sabanalarga, Soledad, Malambo, Sabanagrande y Repelón. En el departamento del Cesar, en los municipios de Codazzi, Astrea y Aguachica. En el departamento de Norte de Santander, en los municipios de Cucutilla, Arboleda, El Carmen y Cúcuta. En el departamento de Santander en los municipios de Barrancabermeja, Puerto Wilches, Cimitarra y Barbosa.

Los resultados que generaron estas acciones en los cinco departamentos abordados fueron los siguientes:

**Tabla 4. Acciones en el Programa de Lepra del Sanatorio de Contratación**

No. de personas capacitadas	No. pacientes visitados	No. convivientes visitados	No. Sintomáticos de Piel y Sistema Nervioso Periférico hallados	No. Baciloscopias tomadas	No. de Biopsias tomadas	No. de Curaciones Realizadas	Casos Nuevos de Lepra
654	194	712	49	26	26	12	7

Fuente: Sanatorio de Contratación

A nivel local se realizó seguimiento a pacientes diagnosticados y a sus convivientes en el municipio de Contratación en un total de 71 pacientes y 19 convivientes, adicionalmente se efectúa la supervisión a 21 pacientes en tratamiento activo PQT.

El programa Hansen ha prestado asesoría y suministro de material para auto-curación, curación a domicilio y curación albergados, de la siguiente manera:

**Tabla 5. Acciones en el Programa de Lepra del Sanatorio de Contratación**

Período	Entrega material de auto-curación	Programa curación a domicilio	Programa curación pacientes albergados
	Usuarios	Usuarios	Usuarios
2015	Junio	24	34
	Julio	24	35
	Agosto	26	32
	Septiembre	21	34
	Octubre	19	32
	Noviembre	19	32
	Diciembre	20	34
2016	Enero	25	52
	Febrero	27	54
	Marzo	26	55
	Abril	28	52
	Mayo	27	54

Fuente: Sanatorio de Contratación

Siendo la prevención de la discapacidad parte del manejo integral de la enfermedad de Hansen y con la colaboración de la Asociación Alemana DAHW, se suministró apoyo técnico a pacientes con discapacidad, así:

**Tabla 6. Entrega de apoyos. Programa de Lepra del Sanatorio de Contratación**

Elemento Técnico	Cantidad
Silla de ruedas	11
Caminadores	2
Bastones	3
Muletas	2
<b>Total</b>	<b>18</b>

Fuente: Sanatorio de Contratación

Durante diciembre de 2015, el MSPS otorgó 46 nuevos cupos de subsidios con cargo a la pagaduría del Sanatorio de Contratación E.S.E. De igual forma, la entidad adjudicó 49 nuevos subsidios de Hansen.

En los albergues San Juan Bosco y María Mazzarello, se presta el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a setenta (70) enfermos de lepra, en promedio, con altos grados de discapacidad.

### **Dificultades y obstáculos que impidieron o dificultaron el cumplimiento de objetivos**

La alta rotación del personal de las direcciones territoriales de salud y la contratación tardía, dificulta la ejecución regular de las transferencias nacionales en forma oportuna, unido a la carencia de un programa operante en los primeros 4 meses del año.

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

Debido al recorte presupuestal para la vigencia 2016, existe una brecha para el monitoreo y evaluación del programa con miras a la certificación de eliminación de la lepra como problema de salud pública, con una brecha económica para el desarrollo de la evaluación LEM (Leprosy Elimination Monitoring) que representa aproximadamente \$1.000.000.000.

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

Actualmente Colombia cuenta con un sistema de vigilancia de infecciones asociadas a dispositivos médicos en unidades de cuidados intensivos y con un sistema de vigilancia del consumo de antibióticos, implementado en trece (13) direcciones territoriales del país, a partir de los cuales se presenta la situación epidemiológica. Frente a resistencia bacteriana a la fecha se han capacitado 8 departamentos con un total de 157 instituciones de salud (Unidades Primarias Generadoras de Dato-UPGD), notificando al sistema de vigilancia nacional de resistencia a los antimicrobianos.

A continuación, la distribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud– IPS, que hacen parte de la vigilancia de resistencia bacteriana en Colombia y que han sido objeto de acompañamiento por parte del nivel nacional.

**Tabla 7.**  
**IPS con acompañamiento en tema de resistencia bacteriana, por ente territorial**

Departamento	Número de IPS
Distrito de Bogotá	43
Antioquia	30
Valle del Cauca	24
Distrito de Barranquilla	18
Santander	10
Cundinamarca	8
Risaralda	7
Meta	7

Departamento	Número de IPS
Boyacá	6
Huila	4

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de Resistencia Antimicrobiana en IAAS

Como respuesta a la situación detectada frente a este evento, se ha adelantado el proceso de construcción y validación de la Política y el Programa de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS y Resistencia Bacteriana. La política está en su versión final, quedando pendiente su formalización y difusión. Sobre el Programa, éste se adelanta sobre tres pilares fundamentales que son la Vigilancia epidemiológica, las acciones de promoción y prevención y la prestación y calidad de los servicios de salud, cuyo plan de implementación se espera tener en primer borrador en el segundo semestre de 2016. El programa cuenta con una estrategia de higiene de manos para la comunidad la cual se piloteó en instituciones educativas de primaria y secundaria y en Hogares FAMI-ICBF de Soacha y Bogotá. Igualmente se está desarrollando la estrategia de uso adecuado de antimicrobianos en comunidad avalada por la Asociación Colombiana de Infectología.

Respecto a la vigilancia de Infecciones Asociadas a Dispositivos médicos (IAD) como catéteres venosos, ventiladores mecánicos y al consumo de antimicrobianos (CAB), a continuación se presentan los datos relevantes:

**Tabla 8. Cobertura notificación de IAD y CAB**

Departamento/Distrito	UPGD Notificadoras
Bogotá	52
Valle del Cauca	30
Barranquilla	30
Antioquia	30
Santander	15
Tolima	12
Caldas	7
Cundinamarca	7
Risaralda	6
Huila	7
Meta	6
Boyacá	6
Quindío	3

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud

## **Dificultades y obstáculos que impidieron o dificultaron el cumplimiento de los objetivos**

Se encuentran dificultades para ampliar la cobertura de la vigilancia e implementar el programa de prevención y control de las IAAS y resistencia bacteriana ya que se necesitan más recursos, tanto humano como tecnológico a nivel nacional, al igual que en las entidades territoriales se requiere fortalecimiento, con el fin de diagnosticar la

situación de resistencia bacteriana y de infecciones asociadas a la atención en salud en IPS de mediana y alta complejidad del territorio nacional.

- **Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID)**

Las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) priorizadas en Colombia, son 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. La meta del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 para estas enfermedades consiste en que las direcciones territoriales formulen y comiencen a ejecutar un plan de prevención, control de estas EID, y de otras, según perfil epidemiológico local.

### Ceguera por tracoma

El tracoma es una queratoconjuntivitis crónica, recurrente, autolimitada que presenta dos fases clínicas bien diferenciadas. Unas formas agudas e infecciosas propias de los niños que suelen pasar imperceptibles. La infección se repite tantas veces como la persona se ponga en contacto con los serotipos específicos de *Chlamydia trachomatis* (bacteria transmisora) que puede manifestarse con signos clínicos de una conjuntivitis normal. Otra forma crónica es la secuela inflamatoria de todas las infecciones que ocurrieron durante la infancia. Se caracteriza por entropión (engrosamiento de los párpados y repliegue hacia adentro) y triquiasis (cuando las pestañas tocan el ojo, y la córnea, específicamente) produciendo una opacidad en la córnea por efecto mecánico del roce, que impide el paso de la luz y posteriormente una ceguera irreversible.

El primer foco en Colombia se encontró en Vaupés, en el año 2010, con un 26% de prevalencia de tracoma folicular (formas agudas) en niños de 1 a 9 años de edad y un total de 17.000 personas del área rural de Vaupés en riesgo de ceguera. Este foco 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.

Actualmente se está trabajando en la formulación del protocolo de encuesta para evaluar el impacto de la estrategia SAFE en Vaupés, implementada en ese departamento durante 4 años consecutivos. Así mismo, se está concluyendo el proceso de delimitación del foco amazónico de tracoma en la Amazonía colombiana y se está

haciendo búsqueda de formas avanzadas de esta enfermedad en poblaciones vulnerables, principalmente indígenas de otros departamentos. Adicionalmente, 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 los estándares de calidad más altos y recomendados por la OMS.

En octubre de 2015, el MSPS transfirió a la Secretaría de Salud de Vaupés la suma de \$676.049.746 para el fortalecimiento del programa de prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, para ejecutarlos a través de la ESE Hospital San Antonio de Mitú, con énfasis especial en tracoma. De igual forma, con recursos de la vigencia 2015 situados en el marco del convenio de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud, se realizó el proceso de delimitación del foco de tracoma en Putumayo, Amazonas, Guainía y Guaviare (ya culminado), así como el de Caquetá y Vichada.

Estas inversiones realizadas en Vaupés, beneficiaron a la totalidad de comunidades del área rural del departamento (235), habitadas por 17.000 indígenas que viven en las zonas endémicas, pues se espera haber interrumpido la transmisión de la enfermedad. De igual forma, la encuesta de línea de base ha beneficiado a la fecha a 85.497 personas (principalmente indígenas) del área rural de los departamentos de Guaviare, Guainía y Amazonas. Las actividades desarrolladas en la comunidad, incluyeron educación para la prevención, desparasitación antihelmíntica, identificación y tratamiento del tracoma y de otras patologías oculares como pterigios y cataratas.

### **Dificultades y obstáculos que impidieron o dificultaron el cumplimiento de objetivos**

- La implementación de los componentes F y E de la estrategia SAFE demanda participación de otros sectores; para el F (educación para la higiene facial) se requiere de mayor cooperación del sector educación para promover estas prácticas en el ámbito escolar. Para el componente E de la estrategia, se requiere que las comunidades se beneficien con puntos de distribución de agua cercanos al peridomicilio para que la distancia de la fuente de agua para el lavado de la cara no sea una barrera. Esta tarea está a cargo de las gobernaciones y sus planes departamentales de agua pero los criterios con los que se asignan estas soluciones de agua a las comunidades no toman en consideración la endemidad frente a estas enfermedades.
- Persisten problemas de orden público en algunas comunidades rurales de los departamentos donde se hizo la encuesta de tracoma. Fue necesario seleccionar nuevas comunidades para desarrollar este trabajo.
- Alta prevalencia de tracoma folicular en indígenas del lado de la frontera con Venezuela que indican una transmisión activa de la enfermedad en toda la parte limítrofe de ambos países. Para interrumpir la transmisión de la enfermedad, se requiere intervención de ambos lados de la frontera.

## 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, desde la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS 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.

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 en el año 2015, como insumo base para el programa, procedente del Programa de Donación de Albendazol de la OMS:

**Tabla 9. Distribución territorial de dosis de Albendazol**

Entidad territorial	Cantidad
AMAZONAS	8.200
ANTIOQUIA	14.000
ARAUCA	34.000
ATLANTICO	
BOYACA	4.400
CAQUETA	104.200
CASANARE	33.200
CHOCO	122.800
CUNDINAMARCA	12.400
	3.100
GUAINIA	10.000
GUAVIARE	15.000
LA GUAJIRA	174.400
MAGDALENA	145.200
META	51.600
NARIÑO	8.700
NORTE SANTANDER	207.800
PUTUMAYO	59.800
QUINDIO	71.000
SAN ANDRES y PROVIDENCIA	10.000

Entidad territorial	Cantidad
SANTA MARTA	66.000
SUCRE	114.600
TOLIMA	3.400
VALLE DEL CAUCA	220.000
VAUPÉS	3.000
	3.000
VICHADA	6.000

Fuente: MSPS. Programa de desparasitación

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

Durante 2015 el grupo de Vigilancia de IRA del Instituto Nacional de Salud, notificó, para todos los grupos de edad, 5.385.208 consultas externas y urgencias por IRA, con una participación del 7.3%, con respecto del total de las consultas por todas las causas. Se registraron 563 casos de muerte por IRA, en niños menores de cinco años (aumento el 8% respecto al 2014).

Para el 2016, con corte a Semana Epidemiológica (SE) 18, en relación a la mortalidad por IRA, en niños menores de cinco años, se han notificado al SIVIGILA 171 muertes, mostrando aumento de 29.5% respecto al mismo periodo epidemiológico del 2015.

Por lo anterior, el Ministerio ha llevado a cabo diversas estrategias para el manejo y control de estas patologías, como son:

- Consolidación de referentes IRA de las entidades territoriales
- Formulación de guías operativas del respectivo programa
- Elaboración del documento marco para la generación de capacidades del talento humano en el programa
- Desarrollo de guías operativas del componente comunitario e institucional del programa de IRA
- Elaboración de un manual para implementación y seguimiento de modalidad de atención salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda).
- Asistencia técnica regular del programa en entidades territoriales priorizadas.
- Definición de indicadores, instrumentos, flujos de información y otros elementos del sistema de información del programa de IRA/EDA. El MSPS ha acompañado a las entidades territoriales descritas, realizando además:
  - o Asistencia y seguimiento a unidades de análisis de mortalidad por el evento.
  - o Seguimiento a planes de mejoramiento.
  - o Monitoreo de acciones implementadas del programa.

### **Indicadores**

- Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de cinco años (a periodo epidemiológico II - SE 8): 1,8 por cada 100.000 habitantes menores de cinco años.

- Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de cinco años: 1,2 por cada 100.000 niños menores de cinco años.

### **Dificultades y obstáculos que impidieron o dificultaron el cumplimiento de objetivos**

Cambios en la administración de las entidades territoriales de salud y liquidación de CAFESALUD y de CAPRECOM.

### **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 agilizaron procesos para lograr el apoyo financiero necesario a los territorios de una forma más eficiente y se enviaron 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, se autorizó el uso de los 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.

Después de la introducción y emergencia de la transmisión epidémica de la fiebre Chikunguña desde la costa norte y que se expandió a 33 entidades territoriales con diferentes escenarios de transmisión, en octubre de 2015 ingresó al país el virus Zika. Ante lo anterior, el país ha intensificado las acciones de vigilancia, promoción, prevención y control, así como abordaje integral de los pacientes con estas patologías.

### **Zika y Chikunguña**

A través de la vigilancia basada en casos, que realiza el Instituto Nacional de Salud a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública–SIVIGILA, desde la introducción del virus Zika al país, desde octubre de 2015 hasta mayo de 2016, se han registrado 78.085 casos, de los cuales 3.751 han sido confirmados por laboratorio y 74.334 son casos sospechosos por clínica (68.634 proceden de 385 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio y 5.700 proceden de 355 municipios donde no

se han confirmado casos). Así mismo, se han identificado 13.731 casos de Zika en gestantes; 2.007 confirmados por laboratorio y 11.724 casos sospechosos. Entre las semanas epidemiológicas 1 a la 17 de 2016, se han confirmado cinco (5) casos de microcefalias asociados al virus Zika, 21 casos fueron descartados y 32 casos están en estudio.

Colombia, desde diciembre de 2015 y con corte a mayo de 2016, ha notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 496 casos de síndromes neurológicos, con antecedente de enfermedad febril compatible con infección por virus Zika; 323 de ellos corresponden a Síndrome de Guillain–Barré (SGB), los cuales se encuentran en proceso de verificación.

Con base en los anteriores datos, se dio inicio una serie de acciones para enfrentar esta enfermedad emergente en Colombia y se plasmaron en el plan de contingencia ante la introducción del virus Zika. Con base en la Estrategia de Gestión Integrada para Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV) en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) se planearon, formularon e implementaron actividades en el marco de sus componentes y desde la fase pre epidémicas estas acciones fueron tendientes a controlar y mitigar el impacto que pudiera generar esta enfermedad emergente en la población en general.

Se articularon actividades y se emitieron lineamientos tendientes a orientar las acciones a nivel territorial; se activó el equipo funcional nacional, compuesto por técnicos que manejan el tema en las distintas áreas de este ministerio, el Instituto Nacional de Salud y otras instituciones relacionadas con el sector salud; se formuló el plan de contingencia y se envió a los departamentos con el fin de fortalecer los sistemas de vigilancia y respuesta ante la expansión e intensificación de la transmisión endemoepidémica del virus en regiones con infestación del vector *Aedes aegypti* y *albopictus*.

En el marco de la Estrategia de Gestión Integrada y a través de planes estratégicos y el plan de contingencia para Zika se obtuvieron los siguientes logros:

- Posicionamiento de estos eventos en la agenda pública.
- Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de las ETV.
- Intensificación de acciones de promoción, prevención y control de los vectores.
- Generación de lineamientos de atención.
- Gestión de recursos: para trabajar en el marco de la estrategia, para insumos (insecticidas, larvicidas, máquinas, toldillos) y para la atención de las contingencias derivadas por el fenómeno del niño, entre ellas Zika, Dengue, Malaria, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas.

Toda la información se encuentra sistematizada a través de los sistemas de vigilancia y de la matriz que generó el MSPS para el monitoreo, seguimiento y evaluación del plan de contingencia a nivel territorial. El flujo de la información parte desde las IPS y EPS

que envían datos al municipio sobre acciones realizadas. En el nivel municipal se suman otras acciones implementadas y que se envían al departamento. Éste último realiza el proceso de consolidación de la información que remite a la Subdirección de Enfermedades Transmisibles del MSPS, donde la información es analizada y se emiten recomendaciones hacia las Direcciones Territoriales de Salud-DTS.

Esta sistematización de la información ha permitido al Ministerio evidenciar fortalezas y debilidades en las repuestas y realizar acciones necesarias para el control del evento, por lo cual fue necesario realizar un taller de planes estratégicos para Dengue Chikunguña y Zika con los municipios que más carga de enfermedad representan para estos eventos, realizando un taller con 14 departamentos y 20 de sus municipios para fortalecer las acciones a mediano y largo plazo en promoción y prevención, así como analizar la sostenibilidad de las mismas.

Con el seguimiento a los planes de contingencia se ha evidenciado que el 100% de las 37 DTS cuenta con el plan emitido por el Ministerio. Todas han enviado matrices de monitoreo y evaluación en las cuales se muestra que el 97% de los 58 municipios priorizados en el país, que representan la mayor carga de enfermedad por Dengue y Chikunguña, cuentan con este plan y se adhirieron al seguimiento. El 3% restante cuenta con un plan y están estandarizando la información emitida hacia la Nación pero no cambiaron su formato de plan pues ya venían teniendo avances de articulación a nivel territorial de lo trabajado.

Las intervenciones se enfocaron en establecimientos especiales como colegios, cárceles, IPS y cementerios, entre otros. Se ha realizado capacitación de personal médico no solo en el marco de la “Vuelta a Colombia” contra el Zika, sino por iniciativa regional. En lo corrido del 2016 se reportan un total de 112 médicos especialistas capacitados, 423 médicos generales, 743 enfermeras, 1.233 auxiliares de enfermería, 56 auditores en salud y 233 bacteriólogos, así como 187 comunicadores. Durante el año 2015, en el marco de la contingencia por el virus Zika, también se capacitó en Chikunguña, de manera tanto virtual como presencial y además se actualizó en Dengue a cerca de 5.000 profesionales de la salud.

A nivel nacional se han realizado múltiples jornadas con enfoque comunitario que implican recolección de inservibles, educación y cepillado de tanques, con el fin de impactar a la comunidad. Durante los años 2015 y 2016 y dadas las contingencias de Chikunguña y Zika, se han realizado 877 jornadas con enfoque comunitario, logrando llegar a 2.020.053 viviendas, logrando trabajar con aproximadamente 8 millones de habitantes, dando como reporte 4.218 viviendas positivas para el vector, con un total de 1.713.285 depósitos de agua revisados, de los cuales 28.231 resultaron positivos para Aedes. Con base en lo enunciado se intervinieron depósitos, evidenciando que algunos no eran necesarios para la familia o eran desechos inservibles y sólo servían como criadero. En el marco de estas jornadas se realizó la recolección de 2.164 toneladas de inservibles y desechos.

El Ministerio continúa trabajando para orientar acciones a realizar a nivel territorial. 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 en el marco de la emergencia, sin desgastar a los equipos con múltiples planes y proyectos.

## Dengue

La introducción de eventos emergentes como Chikunguña y Zika que presentan cuadros con manifestaciones clínicas similares al dengue, generaron dificultades en el diagnóstico diferencial por parte del médico para realizar un diagnóstico preciso y un adecuado direccionamiento de los pacientes en la red de prestación de servicios. Lo anterior, puesto que los profesionales de salud al enfrentarse a un nuevo evento que genera un gran impacto en la comunidad presentan una tendencia a diagnosticar el evento de moda o más frecuente del momento, lo cual puede generar un subregistro del diagnóstico de dengue. Concomitantemente, en muchos de los focos municipales con mayor transmisión persisten dificultades en el acceso a los servicios de salud, calidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

En el siguiente cuadro se presenta la mortalidad y letalidad para cada uno de los departamentos y distritos de procedencia para el año 2015. El cálculo se realiza con base en lo establecido por el seguimiento internacional de letalidad dado por la Organización Panamericana de la Salud (muertes por dengue / total de casos de dengue).

**Tabla 10**  
**Mortalidad por Dengue, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015**

Departamento de procedencia	Muertes confirmadas	Casos dengue	Letalidad
Tolima	18	8.420	0,21%
Valle del Cauca	8	17.988	0,04%
Cundinamarca	6	2.970	0,20%
Meta	4	5.977	0,07%
Bolívar	4	2.333	0,17%
Norte de Santander	4	3.450	0,12%
Caquetá	4	686	0,58%
Huila	4	4.309	0,09%
Córdoba	3	1.441	0,21%
Santander	3	7.867	0,04%
Cesar	3	3.696	0,08%
Caldas	2	1.298	0,15%
Sucre	2	2.694	0,07%
Santa Marta	1	217	0,46%

Departamento de procedencia	Muertes confirmadas	Casos dengue	Letalidad
Magdalena	1	988	0,10%
Casanare	1	1.902	0,05%
Quindío	1	3.555	0,03%
Amazonas	1	163	0,61%
Guajira	1	243	0,41%
TOTAL	71	70.197	0,10%

Fuente: informes de evento INS.

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/informes-de-evento.aspx>

De acuerdo al informe oficial del evento Dengue 2015 publicado por el Instituto Nacional de Salud, se observa que los departamentos con mayor número de muertes por dengue son: Amazonas, Caquetá y La Guajira, así como el Distrito de Santa Marta.

De manera complementaria, el Instituto Nacional de Salud mostró resultados en los siguientes aspectos:

- Articulación con CDC (de Atlanta, Fort Collins, Puerto Rico, Guatemala) para iniciar actividades que permitan estudiar aspectos del virus ZIKA (epidemiología, laboratorio, entomología).
- Elaboración del protocolo de vigilancia intensificada de seguimiento a gestantes afectadas por Zika y seguimiento a sus recién nacidos durante el primer año de vida. Inicio de trabajo de campo en Barranquilla.
- Elaboración de protocolo para estudio del Síndrome de Guillain–Barré posiblemente asociado con Zika. Trabajo de campo en Barranquilla.
- Articulación con el proyecto RAIZ del grupo CREA de la Universidad del Rosario en su componente de estudio inmunológico del Síndrome de Guillain–Barré posiblemente asociado con Zika. Participación en el trabajo de campo en Cúcuta.
- Participación en el diagnóstico y secuenciación genómica parcial del virus Zika circulante en Colombia (investigación).
- Generación de conocimiento de la patogénesis del dengue (tropismo y replicación viral en diferentes órganos), además diagnóstico especializado de Chikungunya (investigación).

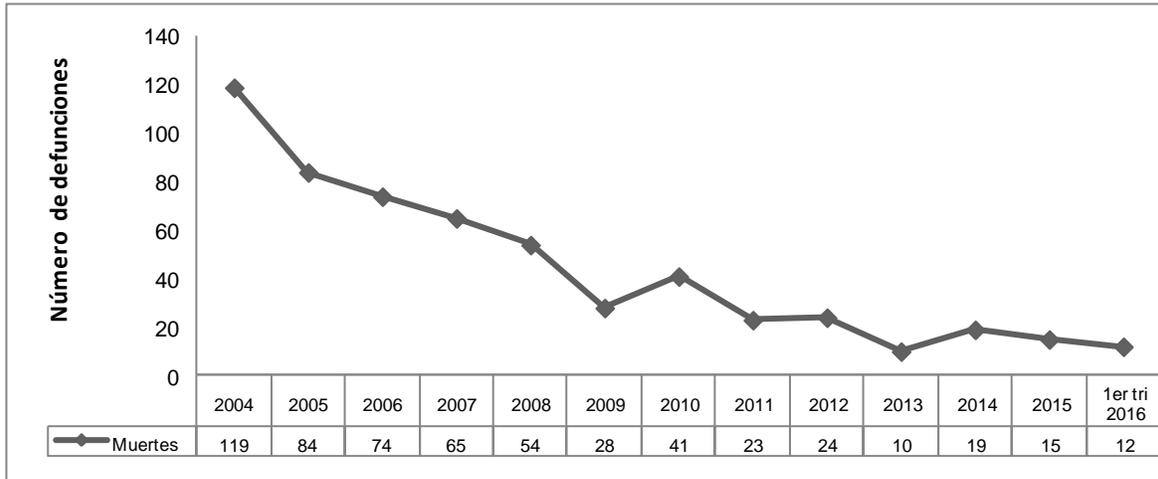
## Malaria

Para este período se avanza en la formulación nacional del **Plan Estratégico Nacional de Malaria (PEN)** con las entidades departamentales de mayor carga de malaria en la Costa Pacífica, Costa Atlántica, Amazonía y Orinoquía. El mismo tiene como propósito la disminución de la mortalidad, morbilidad y eliminación de malaria urbana.

Con relación a la meta de mortalidad por Malaria, el país ha mantenido una marcada tendencia hacia el descenso de este evento, observándose una reducción del 75%, con

relación a la línea de base (227 casos en 1998), dando con ello cumplimiento a la meta de reducción de la mortalidad en un 50% a 2015, lo cual queda evidenciado en el siguiente gráfico:

**Gráfico 3. Muerte evitable por malaria (2004 a primer trimestre 2016)**



Fuente: SIVIGILA

### Enfermedad de Chagas

Se elaboró la ruta de atención integral en salud dentro del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), como parte de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Esta ruta contempló los aspectos definidos para su construcción, relacionados con el análisis situacional, estrategias de búsquedas, intervenciones, hitos y la implementación propiamente dicha.

Por otra parte, durante el periodo informado se adelantaron reuniones de concertación con los departamentos que hacen parte del plan para avanzar en el proceso de certificación. En 2016 ingresan para certificar (como libres de la interrupción de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* domiciliado en 2016) 24 municipios de 5 departamentos, además de los 10 municipios que ya se habían certificado en 2014.

**Tabla 11. Municipios a certificar como libres de la interrupción de *Trypanosoma Cruzi* por *Rhodnius Prolixus* domiciliado en 2016**

DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS
Arauca	Saravena, Fortul y Cravo Norte
Boyacá	Boyacá: Chitaraque, Togüí, Moniquirá, La Uvita y Susacón
Casanare	Yopal, Nunchía y Aguazul
Santander	Curutí, Guapotá, Valle de San José, Mogotes, Coromoro, Suaita, Capitanejo, Encino, Onzaga y San Joaquín
Cundinamarca	Manta, Tibirita y Mchetá

Fuente: MSPS

## Leishmaniasis

Dando alcance a las metas y actividades establecidas en el plan estratégico del subprograma de Leishmaniasis para el periodo 2014-2021, se contempló para 2015 la distribución de Toldillos Impregnados de Larga Duración–TILD para las DTS que tuvieran un alto índice de endemidad para el evento y reportaran casos de Leishmaniasis Visceral.

**Tabla 12. Distribución de toldillos, 2015**

Departamento	Municipio de destino con transmisión de Leishmaniasis Visceral	Tipo de transmisión de LV	No. toldillos a asignar
1. Sucre 13.000 unidades	1.1. Ovejas	alta	3.000
	1.2. Chalan	baja	1.000
	1.3. Sincelejo	baja	3.000
	1.4. Sampués	baja	4000
	1.5. Los Palmitos	baja	2.000
2. Córdoba 17.100 unidades	2.1. San Andrés de Sotavento	media	5.100
	2.2. Tuchín	media	5.500
	2.3. Moñitos	baja	3.000
	2.4. San Pelayo	baja	3.500
3. Bolívar 8.500 unidades	3.1. El Carmen de Bolívar	alta	8.500
4. Huila 3.500 unidades	4. 1. Neiva	media	3.500
5. Tolima 2.800 unidades	5.1 Coyaima	baja	2.800
<b>Total asignados a las DTS</b>			<b>44.900</b>

Fuente: MSPS

## Objetivos del Milenio, enfermedades transmisibles

El logro de los Objetivos del Milenio se encuentra incluido en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 (PDSP) en el cual se contempla la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), por lo tanto los seguimientos mensuales se hacen en el marco de la estrategia en las líneas de reducción de la letalidad para dengue y de mortalidad para malaria.

De acuerdo al informe oficial del evento Dengue 2015, publicado por el Instituto Nacional de Salud, se ha presentado una disminución en las muertes por dengue, lo cual se muestra en la siguiente tabla. Se puede evidenciar una disminución de la mortalidad de 148 muertes en 2013 a 63 muertes en 2015; se ha mantenido una

letalidad por debajo del 2% y que ha mostrado una disminución de 0,12% en 2013 a 0,07% en 2015.

**Tabla 13. Mortalidad y Letalidad por Dengue, 2013–2015**

Año	Mortalidad	Número de casos	Letalidad
2013	148	125.554	0,12%
2014	118	107.975	0,11%
2015	63	86.322	0,07%

Fuente: Informes de evento, INS

( <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/informes-de-evento.aspx> )

Es importante recordar que el indicador aceptado internacionalmente para comparar los resultados en los diferentes países es la letalidad, calculada como el número de muertes (mortalidad) dividido en el total de casos de dengue del país (multiplicado por 100). A nivel internacional la sola mortalidad, al ser un valor absoluto, no permite la comparabilidad y es insuficiente para mostrar la real magnitud del evento puesto que no considera la población a riesgo.

### **Surgimiento de eventos no previstos, enfermedades transmisibles**

En marzo de 2016 la Secretaría de Salud de Casanare reporta al INS un caso de mortalidad por probable Leishmaniasis Visceral de una menor a 3 años de edad residente en la vereda Palestina del municipio de San Luis de Palenque; posteriormente, se confirma el diagnóstico de Chagas agudo en la madre de la menor.

En abril de 2016, se notifica un caso confirmado de muerte por Chagas agudo en paciente femenina de 24 años, ante lo cual el equipo de la Secretaría de Salud departamental inicia acciones de IEC, BAI y BAC. En mayo de 2016, el laboratorio de salud pública de Casanare envía muestras de suero y tejido de los dos casos al INS, para confirmación diagnóstica. Los resultados de las muestras fueron positivos para Elisa e IFI para *Trypanosoma Cruzi* en los dos casos.

Las acciones adelantadas se listan a continuación:

- Se confirma brote de Chagas agudo en grupo familiar con un total de 3 casos: 2 fallecidos (madre e hija) y uno (1) vivo (padre).
- Por BAC se identifica un caso de enfermedad de Chagas en fase crónica correspondiente a un contacto con pruebas serológicas positivas.
- Se descarta por laboratorio enfermedad de Chagas en la segunda hija del grupo familiar.
- En la investigación de campo se recolectaron muestras de suero de 6 animales (4 perros y 2 zarigüeyas) para estudios de reservorios, las cuales fueron remitidas al INS para su correspondiente análisis.
- Se evidenciaron ninfas de *Rhodnius prolixus* en el peridomicilio, con resultados negativos al examen parasitológico.

## Medicamentos, enfermedades transmisibles

Para el año 2015 se identificaron, en las 23 DTS, 65 municipios priorizados para todas las formas de Leishmaniasis de acuerdo al análisis desarrollado de manera conjunta con el área de vigilancia del INS, teniendo en cuenta la ubicación geográfica, altura (0 a 1800 Mts.), persistencia (presencia de casos en los últimos seis años), frecuencia casos y los focos identificados en los departamentos.

**Tabla 14.**  
**Distribución de medicamentos a entes territoriales. Prevención y Control Leishmaniasis**

Departamento	Antimoniato de Meglumina (saldo a diciembre/15)	Envío GLUCANTIME Mayo	Miltefosina 50 mg (saldos a diciembre/15)	Envío MILTEFOSINA Mayo	Pentamidina isetonato (saldos a diciembre/15)	Envío PENTAMIDINA Mayo
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

Departamento	Antimoniato de Meglumina (saldo a diciembre/15)	Envío GLUCANTIME Mayo	Miltefosina 50 mg (saldo a diciembre/15)	Envío MILTEFOSINA Mayo	Pentamidina isetonato (saldo a diciembre/15)	Envío PENTAMIDINA Mayo
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		80	
SUCRE	17.550			224	200	
TOLIMA	1.620	18.000		1.344		200
VALLE	11.520	4.000	750		274	
VAUPES	14.028		840		25	
VICHADA	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: MSPS

**Tabla 15. Distribución de municipios priorizados para desarrollo del proyecto de reducción de morbilidad por Leishmaniasis**

Dptos. / Distritos	Municipios	Dptos. / Distritos	Municipios	Dptos. / Distritos	Municipios
Antioquia	Remedios	Cesar	San Alberto	Putumayo	Pto. Asís
	Segovia		San Martín		Pto. Leguízamo
	Nechí	Córdoba	Tuchín		Risaralda
	Vegachí		S. Andrés de Sotav.	Pueblo Rico	
	Nariño	Cundinamarca	La Peña	Santa Marta	Guachaca
	San Francisco		Yacopí	Santander	Rionegro
	Caucasia		Nocaima		El Carmen
	Cáceres		Nimaima		San Benito
	Sonsón		Caparrapí	Sucre	Ovejas
	San Luis		Villeta		Sampués
Bolívar	Cármén de Bolívar		Girardot		San Antonio
Boyacá	Pauna		Ricarte		Colosó
	Otanche	La Guajira	Riohacha	Chalán	
	Muzo		Dibulla	Guamo	
Caldas	Norcasia	Huila	Rivera	Tolima	Coyaima
	Samaná		Neiva		Rovira
	Pensilvania	Meta	Vista Hermosa		Rioblanco
	Marquetalia		Mapiripán		Flandes
	Salamina		Puerto Rico		Valle
Cartagena	Alameda		La Macarena	Vichada	Cumaribo
Casanare	Sácama	Nariño	Tumaco		
Cauca	Piamonte		Roberto Payán		

Fuente: MSPS

### **3.4 Enfermedades No Transmisibles (ENT)**

La parte operativa y de relación con los beneficiarios que es referente técnico científico en cáncer es el Instituto Nacional de Cancerología–INC. Sus actividades se materializan a través de sus procesos misionales: salud pública, investigaciones, docencia y atención a pacientes, así como y los principales indicadores financieros.

- **Plan Decenal para el Control del Cáncer**

El instituto sigue alineado al cumplimiento de las metas definidas Plan Decenal para el Control del Cáncer que busca “posicionar el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia“. En este sentido, desarrolla acciones en las líneas estratégicas definidas para el control del riesgo, detección temprana, tratamiento, cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y gestión del talento humano.

- **Control del riesgo**

#### **Infección del Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Para el INC resulta imperativo promover la cobertura de vacunación para la prevención del cáncer de cuello uterino, cuyo principal factor de riesgo es la infección por VPH. Igualmente, se ocupa de hacer el seguimiento a la efectividad y seguridad de la vacuna.

Así como en el 2014 se inició el monitoreo de la efectividad y en una primera etapa se evaluó la prevalencia de infección de VPH en niñas < de 17 años no vacunadas, en el año 2016 se inició la medición en las vacunadas. Para facilitar la identificación de VPH en niñas, en el año 2015 se validó la medición de VPH en orina para niñas < 17 años, como técnica para el monitoreo de la vacuna. De manera adicional, se logró establecer la prevalencia de infecciones por VPH en mujeres entre 18 a 25 años de dos sitios centinela (Girardot y Manizales), lo que permitirá a futuro establecer la efectividad de la vacuna en Colombia, a través del cambio o reducción en las infecciones por este virus.

#### **Control del consumo de tabaco**

El tabaco es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer. De manera conjunta con el MSPS, se han definido las advertencias sanitarias para los productos de tabaco que se producen, importan y comercializan en el país. El INC hizo un completo manual de aplicación que sirve de guía para la industria para imprimir correctamente las advertencias en sus empaques. Cada año se produjeron más de 600 adaptaciones para que ocuparan exactamente el 30% de cada una de las caras principales del producto, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1335 de 2009 y

la Resolución 3961 del mismo año. Gracias a la gestión del INC, el Proyecto de Ley 007 de 2015 para aumentar el tamaño de las advertencias sanitarias pasó a segundo debate en Cámara de Representantes. Se ha trabajado de manera articulada con actores institucionales y sociedad civil claves en la lucha para el control del cáncer y otros factores de riesgo (trabajo conjunto con la Secretaria Distrital de Salud-Bogotá, Veeduría Ciudadana para el Control del Tabaco, Corporate Accountability y Liga Colombiana Lucha contra el Cáncer).

### **Cancerígenos ocupacionales**

En diciembre de 2015 se firmó el convenio con el Ministerio de Trabajo para elaborar y ejecutar proyecto de investigación para evaluar, en el sector trabajador formal e informal, la exposición a carcinogénicos (asbesto, sílice, benceno) en 40 talleres.

### **Promoción de la detección temprana del cáncer**

El Instituto continúa implementando estrategias para la detección y prevención temprana del cáncer. En este sentido se publicaron 4 manuales para prestadores primaria: Detección temprana de cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, cáncer de mama y cáncer de piel. Se publicaron boletines electrónicos Hechos y Acciones en los siguientes temas: "Cáncer de piel, una enfermedad silenciosa que requiere control" y "Epidemia Mundial de consumo de tabaco, una problemática en salud pública".

### **Promoción de la integralidad del tratamiento del cáncer**

En 2015 se realizó la divulgación del modelo de Atención y Cuidado del Paciente con Cáncer y se realizaron reuniones de divulgación en Bogotá, Cali, Barranquilla, Medellín y Bucaramanga, con un total de 182 asistentes de 91 prestadores en las 5 ciudades mencionadas. El INC también ha participado en mesas de trabajo con el MSPS para la reglamentación de las leyes de cáncer en el marco de las Unidades Clínicas Funcionales (UCF). El Instituto generó recomendaciones para la reglamentación de las Leyes 1384 y 1388 de 2010 (UFC y habilitación de redes). Así mismo logró la caracterización de los servicios oncológicos pediátricos en Colombia. En los últimos dos años, el Instituto Nacional de Cancerología ha apoyado al MSP en la verificación previa de condiciones técnico científicas de habilitación de 503 servicios oncológicos de los 1.470 que se encuentran habilitados en 194 prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional.

### **Modelo de cuidado paliativo**

El INC reconoce la necesidad de fortalecer a los prestadores primarios en cuidados paliativos. Por ello, durante 2015 realizó la revisión de bases datos sobre los modelos, barreras, guías, protocolos, normatividad, reglamentación y estrategias que existen con el fin de apoyar la línea de cuidado paliativo. Lo anterior se vio reflejado en un primer manuscrito de modelo de cuidados paliativos y apoyo al MSPS en este tema.

Igualmente se realizó una reunión de expertos internacionales para su discusión. El documento está en proceso de publicación.

### Vigilancia epidemiológica del cáncer

En 2015 el Instituto publicó el libro Cáncer en Colombia 2007-2011 como un elemento de la vigilancia epidemiológica del cáncer en Colombia, que muestra las cifras de incidencia, mortalidad por departamento y según patologías. Igualmente presenta la prevalencia de cáncer en Colombia

### Investigaciones

La investigación en el Instituto se realiza dentro de ocho líneas de investigación. El proceso de investigación cuenta con un modelo de monitoría de calidad que permite hacer un seguimiento estrecho a los distintos proyectos institucionales y así asegurar el cumplimiento de buenas prácticas clínicas en investigación. Para 2015, el INC tenía 121 proyectos en curso, 12 cerrados y se realizaron 54 ponencias en eventos científicos. Se hizo el cálculo de los riesgos atribuibles para Colombia que tiene el consumo de carnes rojas, embutidos y sobrepeso. Se financiaron 12 nuevos estudios de investigación. Se continuó con la Revista Colombiana de Cancerología que se encuentra indexada en Publindex y en EMBASE. El INC pertenece a las redes internacionales de investigación SWOG y USLACR. Un elemento fundamental para la investigación es el biobanco. También se logró la creación de la red de investigación en nutrición y cáncer.

### Docencia

Como una de sus labores misionales, el Instituto trabaja en el área de la docencia, impartiendo formación académica en diferentes subespecialidades, siendo la institución que ofrece el mayor número de posgrados en oncología en Colombia. Desde sus inicios, hace ya 82 años, el Instituto se ha convertido en el escenario natural para el aprendizaje y la enseñanza de los temas oncológicos; así, ha graduado más de 840 profesionales en las diferentes especialidades oncológicas, por medio de los convenios docencia–servicio suscritos con distintas universidades.

### Educación formal

En el marco de un convenio con la Universidad Militar Nueva Granada, en 2015 se logró la apertura de dos programas de segunda especialidad: Dermatología Oncológica y subespecialidades de Cirugía de Cabeza y Cuello. Se continúa con los programas tradicionales de Cirugía Oncológica, Oncología Radioterápica, Urología Oncológica, Ginecología Oncológica, Dolor y Cuidados Paliativos, Ortopedia Oncológica, Cirugía Gastro-Intestinal Oncológica y Pediatría Oncológica, entre otros. Un gran logro alcanzado en 2015 fue la aprobación, por parte de la Universidad Nacional de Colombia, del programa de Doctorado en Oncología.

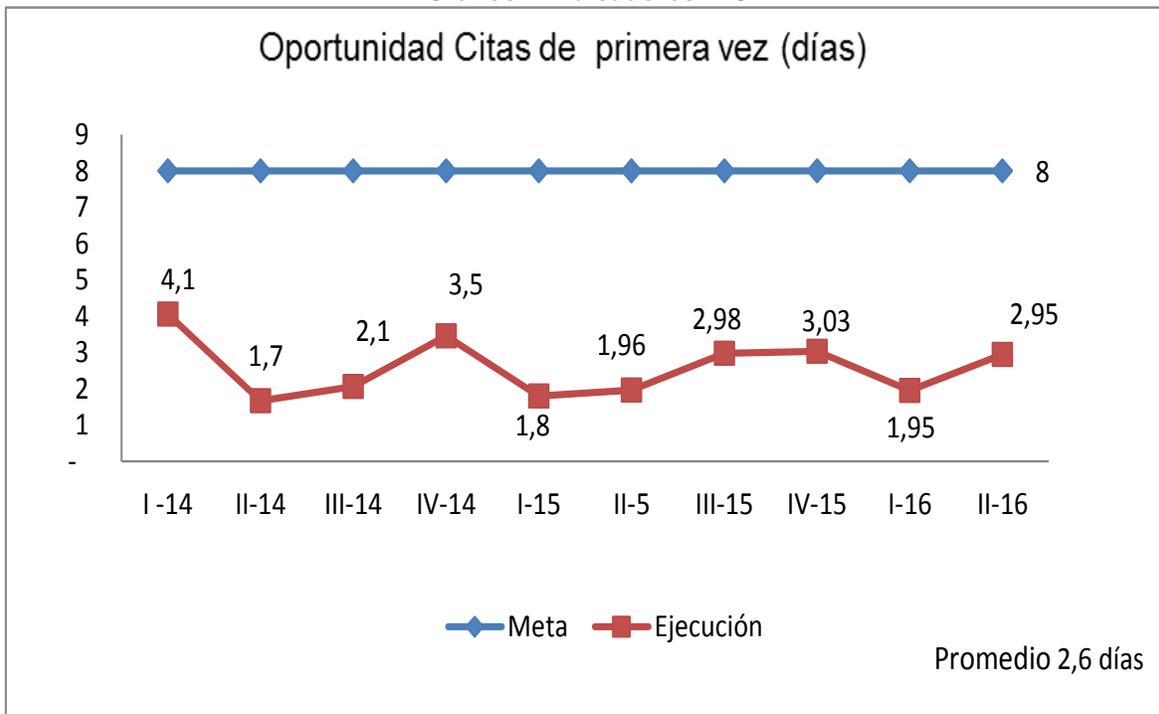
## Educación virtual

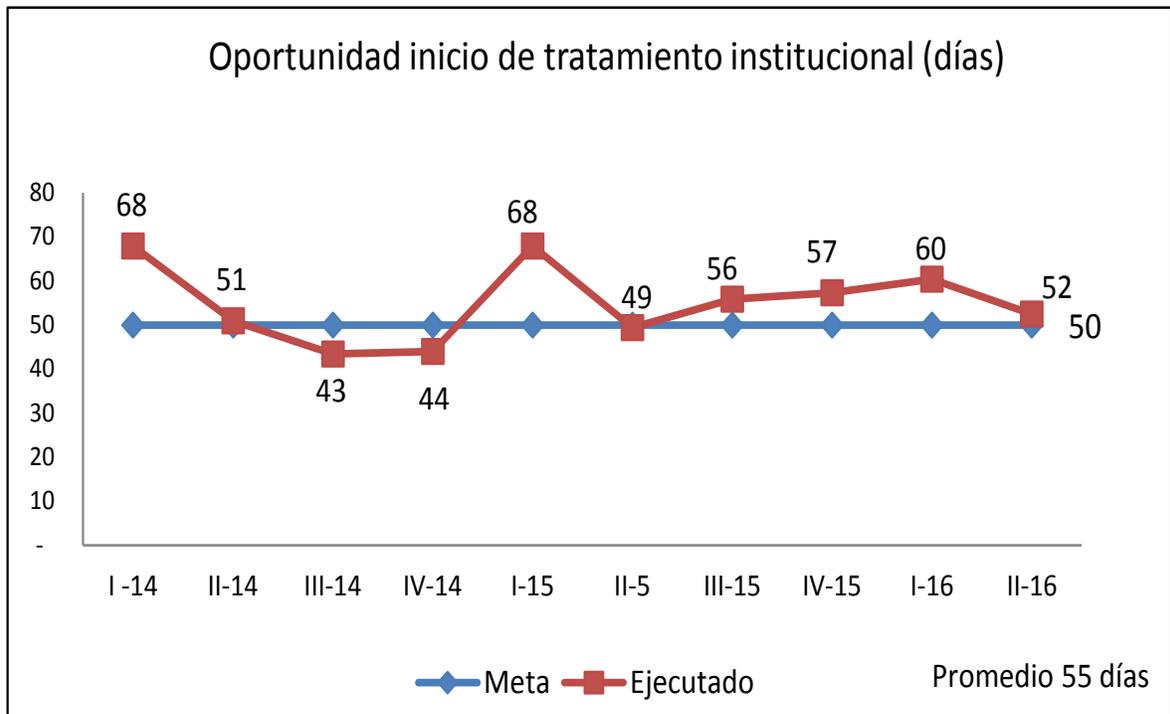
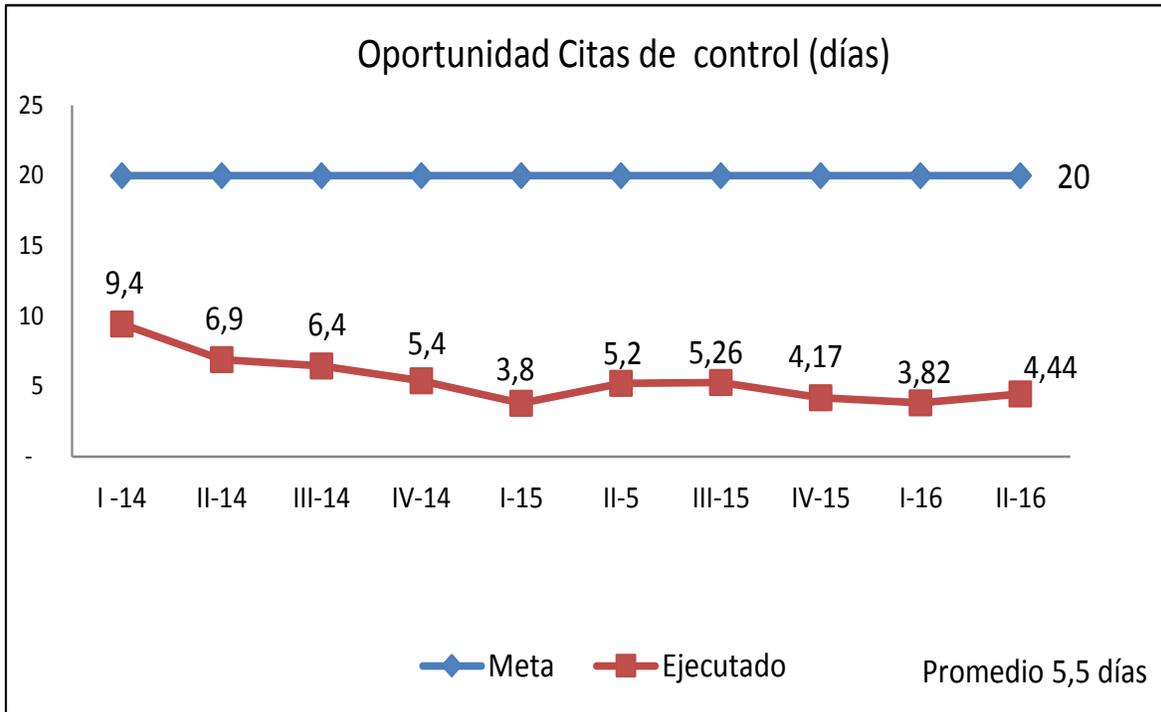
En 2015 se mantuvo la estrategia de educación en detección temprana. Así mismo, se capacitaron 1.090 profesionales de la salud, certificados en curso virtual y presencial, en detección y prevención de cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colon y recto, incrementando la participación de los profesionales en un 75% con respecto al año 2014.

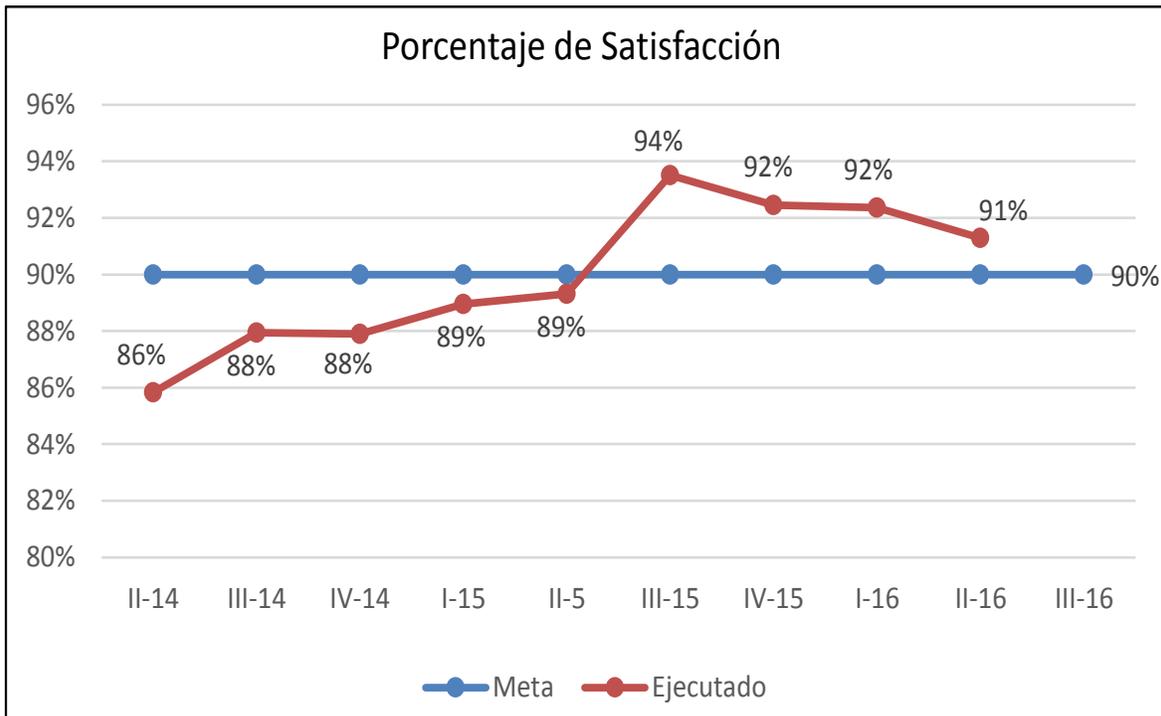
## Atención a pacientes institucionales

El INC atiende cerca de 6.000 pacientes al año (7% del total de pacientes nuevos al año en el país). Se dio continuidad al modelo de atención que plantea la necesidad de una atención multidisciplinaria, soporte a los pacientes con cáncer y una adecuada gestión de la enfermedad. Este concepto incluye el uso apropiado de recursos para mejorar la oportunidad de las citas de atención y de inicio de tratamiento, la satisfacción, así como los mejores desenlaces clínicos. A continuación se representan gráficamente, con periodicidad trimestral, cuatro indicadores: la oportunidad en citas de primera vez y control, inicio de tratamiento y satisfacción.

**Gráfico 4 Indicadores INC**







Fuente: Sistema Información SIAPINC planeación

• **Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (MCYEVS)**

Principales avances y logros:

- Se avanza en la implementación y validación del lineamiento técnico para la promoción de MCYEVS en el entorno escolar, universitario, laboral y de Ciudades, Entornos y Ruralidades saludables (CERS) en áreas demostrativas y prioritizadas.
- Inclusión del capítulo de Ciudades y Estilos de Vida Saludables en el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018.
- Diseño y socialización de modelo de monitoreo, seguimiento y evaluación para la gestión y resultados en la promoción de los MCYEVS, el cual define de manera estructurada los logros, metas y resultados para poder cumplir con los objetivos planteados en el PDSP 2012-2021.

**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**

- Diseño, validación e implementación del ABC para la puesta en marcha de puntos de distribución de frutas y verduras y para el desarrollo de Alianzas Público Privadas (APP).

- Desarrollo de la “Mesa por el derecho a una alimentación sana y adecuada”, en la cual se avanza en lograr acuerdos con la industria en torno a la promoción de una alimentación saludable, liderada por el Viceministerio de Salud Pública del MSPS.

### **Promoción de la actividad física**

- Formulación de la orientación técnica para la promoción de la actividad física en los entornos a través de socialización virtual en 19 territorios.
- Desarrollo de piloto de Red Nacional “REDMAS”, para la promoción movilización y gestión del conocimiento de la actividad física, con la participación virtual de territorios, la academia y ministerios de educación, cultura, Departamento Nacional de Planeación y el Departamento de Prosperidad Social.
- Se consolidada la alianza Sistema Nacional de Parques Nacional- Ministerio de Comercio y MSPS para la promoción los MCYEVS: “Salud en los parques naturales”.

### **Control del consumo y exposición al humo de tabaco**

- Evaluación del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados durante el año 2015 y 2016.
- Diseño y estandarización del procedimiento de evaluación integral del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados, el cual ha sido incluido en el proceso del MSPS “Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”.
- Digitalización y organización de 8000 referencias de productos de tabaco y sus derivados: Se organiza el archivo de muestras físicas de etiquetas y empaques al 80%.
- Concepto al proyecto de ley sobre cigarrillo electrónico, escogido como caso exitoso dentro del área de agenda legislativa del MSPS.

### **3.5 Salud bucal**

- Se inició la implementación de la estrategia “Soy Generación Más Sonriente”, para lo cual se realizaron dos jornadas nacionales en las que participaron EPS de contributivo y subsidiado, regímenes especiales y entidades territoriales, para adelantar acciones de educación en cuidado bucal y protección específica con barniz de flúor.
- Construcción del documento de política de flúor vs caries y fluorosis dental (MSPS con el INS).

- En el marco del convenio con la OPS, se llevó a cabo el Foro "Evaluación y perspectiva del uso de flúor en programas de salud pública, para el control de la caries y el control de intoxicación crónica, como insumo para la formulación de política pública en Colombia".

### 3.6 Mega-Meta

En consonancia con la meta mundial 25x25 (reducir en un 25% la mortalidad por ENT en los próximos 25 años en el grupo de edad de 30 a 70 años) de OMS (2015), el Gobierno Nacional, específicamente el MSPS, tomó la decisión de establecer como mega–meta del sector salud, la reducción de la mortalidad prematura por ENT, en la población de 30 a 70 años, en un 8% a 2018. Es decir, salvar la vida de 14.000 mil colombianos en los próximos cuatro años.

- **Estrategias para la implementación de la Mega-meta:**

- Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS): Con 7 Rutas Integrales de Atención (RIAS) y 19 Guías de Práctica Clínica (GPC) para ENT.
- 4x4 ampliada para Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS) con énfasis en escuelas y empresas: Esta estrategia consiste en generar infraestructuras, bienes y servicios, y una cultura de salud y bienestar individual y colectivo en:
  - o Alimentación saludable: incremento del consumo de frutas y verduras (400 gramos al día), incrementar el consumo de fibra y granos integrales, reducir a 5 gramos o menos el consumo de sal, reducir el consumo de grasas saturadas y evitar las grasas trans (origen animal).
  - o Incremento de la actividad física (al menos 150 minutos a la semana de actividad moderada o 10.000 pasos diarios para mayores de 18 años. Para menores de 18 años: 300 minutos de actividad moderada o fuerte).
  - o No al consumo nocivo de alcohol.
  - o No al consumo ni exposición al tabaco.
- Detección oportuna de cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, próstata y estómago.
- Programa de detección de enfermedad cardiovascular y diabetes: hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedad coronaria, "Estrategia conoce tu riesgo peso saludable".
- Reducción de la mortalidad en urgencias por enfermedad cardiovascular: mejorar la calidad de la atención en la red nacional de urgencias del infarto agudo miocardio, accidente cerebrovascular (ACV) y coma diabético (cetoacidótico e hiperosmolar).
- 3x3 para la gestión de territorios en áreas demostrativas y proyectos territoriales: i) Planeación; ii) Asistencia técnica (énfasis virtual, Rockola); y, iii) Movilización social para EPS, entidades territoriales e IPS, mediante equipos del MSPS de origen y residentes en territorio, formulando y ejecutando planes y proyectos tipo.

### **Resultados alcanzados:**

- Cumplimiento de la meta ODM 5 “Mejorar la salud materna” para cáncer de cuello uterino.
- Ruta de atención cáncer y cardio: Se elaboraron lineamientos y ABC
- Herramientas de gestión para cardio y cáncer.
- Guías de práctica clínica en cardio, cáncer y diabetes.
- Plan nacional de cáncer
- Implementación del Convenio Marco para el Control de Tabaco: Ambientes libres de humo, prohibición total de publicidad promoción y patrocinio y advertencia sanitaria.
- Acuerdo con 10 ministerios en la Comisión Intersectorial de Salud Pública para mejorar la calidad de alimentación como principal factor de riesgo para la salud, incrementando el consumo de frutas.
- Realización de estudios técnicos y propuesta de impuestos a factores de riesgo en ENT para el recaudo de \$3 billones al año.
- Creación de una unidad técnica dentro de la autoridad sanitaria para gestionar las ENT.

### **Avances de gestión, indicadores SINERGIA ENT (estado a mayo de 2016)**

#### **Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años)**

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Participación en mayo en el comité de plantas aromáticas y tabaco ICONTEC para continuar con la adopción de las metodologías analíticas para nicotina, monóxido de carbón y alquitrán. La primera ronda de normas saldrán a consulta pública. Primera reunión de validación de las intervenciones en cesación del consumo de tabaco, realizado en Bogotá con la participación de expertos temáticos, Secretaría Salud de Bogotá, universidades y acompañado por el MSPS. Continúa el desarrollo de las herramientas técnicas para la gestión del riesgo de las enfermedades respiratorias crónicas principalmente EPOC. Continúa construcción de la ruta de atención para la EPOC.
- Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Enfermedades Cardio-Vasculares (ECV): Entrega de la versión final de la circular por medio de la cual se dan instrucciones respecto a la prestación del servicio de salud de las personas con diagnóstico confirmado de ERC. Se dio inicio al proceso de elaboración de las Rutas Integrales de Atención-RIA para el manejo del infarto agudo de miocardio, ataque cerebrovascular y enfermedad renal crónica de acuerdo a la metodología definida por la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS. En el marco del proceso de validación de los lineamientos técnicos para la implementación de programas de rehabilitación cardíaca en el país, se llevaron a cabo 4 reuniones virtuales las cuales contaron con la participación de 48 programas de rehabilitación cardíaca. En el marco del proceso de implementación de las estrategias para la gestión del riesgo

cardiovascular, se llevaron a cabo 10 sesiones virtuales con representantes de diferentes actores del sistema de salud en los departamentos de Risaralda, Valle del Cauca, la ciudad de Cali y La Guajira. Entrega a la OPS (Washington), de la primera versión del protocolo para la implementación del Proyecto de Estandarización del Tratamiento de Hipertensión.

- **Cáncer:** como parte del apoyo desde la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (SENT) del MSPS para la planeación territorial en salud, se adelantó sesión virtual de asesoría para el componente de cáncer con las secretarías de salud de Cali y Guaviare. Así mismo, se remitieron comentarios y orientaciones frente a los Planes Territoriales de Salud de Norte de Santander y Guainía en lo correspondiente a cáncer. Se llevó a cabo la sesión del Observatorio Nacional de Cáncer, contando con la participación de las entidades correspondientes, en la cual se adelantó el análisis de la mortalidad por cáncer de mama y la RIA de esta enfermedad. Se adelantó la socialización de la ruta de atención de cáncer de cuello uterino en el marco del MIAS durante el Congreso Anual del Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos (OICA). Se encuentra en desarrollo el Convenio 519 de 2015, celebrado con la OPS, en el cual se está haciendo la construcción de herramientas técnicas para la implementación de las RIAs de cáncer, la evaluación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, la difusión de lineamientos para la detección temprana de cánceres priorizados, así como la evaluación de la ruta de atención para menores de 18 años con leucemia y la caracterización de los servicios de apoyo para niños con cáncer.

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

- Se avanzó en la implementación y validación del lineamiento de Ciudades, entornos y Ruralidades Saludables (CERS) en áreas demostrativas y priorizadas, dando inicio al despliegue y tres talleres regionales de capacitación a referentes de secretarías de Hacienda, Planeación, alcaldes, gobernadores de las ocho áreas demostrativas en las ciudades de Cali, Barranquilla, Pereira, a través del convenio OPS– Universidad de Sao Pablo, Brasil.
- Se consolidó la alianza Sistema Nacional de Parques–Ministerio de Comercio y MSPS para la promoción de los MCYEVS: “Salud en los parques naturales”.
- Se adelantó en la formulación de estrategia de marketing social para el lanzamiento, movilización y posicionamiento de CERS en Colombia.

### **Proporción de nuevos casos de cáncer de mama en estadios tempranos (I - IIA)**

- Se adelantó la sesión del Observatorio Nacional de Cáncer, cuyo enfoque fue el análisis de la mortalidad por cáncer de mama y la socialización de ruta de atención para este mismo cáncer en el marco del MIAS.
- Se encuentra en desarrollo la construcción del Lineamiento para la operación de la ruta de atención de cáncer de mama (Convenio 519 de 2015).

### **Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino in situ**

- Se adelantó jornada de asistencia técnica virtual para el Departamento del Guaviare, con énfasis en la estrategia “Ver y Tratar” para la detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Se adelantó la socialización de la ruta de atención de cáncer de cuello uterino, en el marco del MIAS, durante el Congreso Anual del OICA.
- Fue publicada la versión final de las guías de práctica clínica de lesiones precancerosas del cuello uterino y cáncer invasor de cuello uterino.
- Se encuentra en desarrollo la construcción del lineamiento para la operación de la ruta de atención de cáncer de cuello uterino (Convenio 519 de 2015).

### **Oportunidad en el inicio del tratamiento de Leucemia en niños menores de 18 años (días)**

- Se adelantó la primera sesión del 2016 del Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil.
- Se tiene disponible la versión, para revisión jurídica, del proyecto de resolución “Por la cual se define el procedimiento, trámites administrativos y los requisitos para el reconocimiento y pago de los Servicios de Apoyo Social–SAS, de alojamiento, alimentación y desplazamiento, a los Hogares de Paso para menores de dieciocho (18) años con presunción o diagnóstico confirmado de cáncer y un acompañante”.
- Mediante conferencia virtual, el MSPS participó de la jornada académica para la detección oportuna del cáncer infantil organizada por el Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (OICI). En ésta fue socializada la ruta de atención para menores de 18 años con presunción o diagnóstico de leucemia.
- Se encuentran en desarrollo los productos de caracterización de servicios de apoyo social para niños con cáncer y la evaluación de las rutas de atención para menores de 18 años con leucemia. Se adelantó la elaboración de los protocolos de evaluación y caracterización así como la socialización de éstos ante el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil y las direcciones correspondientes al interior del MSPS (Convenio 519 de 2015).

### **Porcentaje de la población que asiste al menos una vez al año a consulta médica u odontológica por prevención**

- Se han consolidado los reportes de las EPS (y su red de prestadores) y de las entidades territoriales departamentales y municipales sobre las acciones de educación y aplicación de flúor (estrategia “Soy Generación Más Sonriente”), de la jornada nacional realizada en abril.
- Se inició el proceso de revisión con partes de las rutas específicas del grupo de riesgo de alteraciones de la salud bucal: caries, enfermedad periodontal, fluorosis, edentulismo y lesiones de tejidos blandos.

- Se avanza en la 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. En particular, se participó en las reuniones interinstitucionales incluyendo la Cancillería.
- Se participa en los procesos de reglamentación de los dispositivos médicos bucales a medida, de forma conjunta con entre la Dirección de Promoción y Prevención, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías de Salud y la Oficina de Promoción Social del MSPS.

### **Tasa de mortalidad prematura por enfermedades de vías respiratorias inferiores (clasificación 6/67–601) por 100.000 habitantes de 30 a 70 años)**

- Participación en el comité de plantas aromáticas y tabaco (ICONTEC), para continuar con la adopción de las metodologías analíticas para nicotina, monóxido de carbón y alquitrán.
- Primera reunión de validación de las intervenciones en cesación del consumo de tabaco, realizado en Bogotá, con la participación de expertos temáticos, Secretaría Salud de Bogotá, universidades y MSPS.
- Continúa el desarrollo de las herramientas técnicas para la gestión del riesgo de las enfermedades respiratorias crónicas principalmente EPOC.

### **3.7 Convivencia social y salud mental**

Acorde con el Plan de Desarrollo 2014-2018, el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental del MSPS hace reporte del indicador "porcentaje de entidades territoriales que implementan el modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas".

Es así como actualmente se está realizando el despliegue territorial en tres (3) entidades territoriales –Alto Baudó (Chocó), Tierra Alta (Córdoba) y Mitú (Vaupés)– de los lineamientos de atención en salud mental para pueblos indígenas en el marco del convenio de cooperación internacional con la OIM.

Las intervenciones realizadas para dar cumplimiento son:

- Concertación con comunidades indígenas.
- Gestión de la salud pública, resolución de conflictos y actividad ritual protectora.

- Pautas de crianza, cuidado y educación familiar y habilidades en comunicación familiar.

- **Resultados**

- Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, socializada en Santander, Valle del Cauca, Amazonas, Casanare, Bogotá, Antioquia y en el encuentro de innovación científica del Instituto Nacional de Salud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip> .
- Socialización y entrega virtual de la caja de herramientas para la gestión territorial de la salud mental ( <https://bitly.com/toolboxsm> ).
- Apoyo para la planeación territorial, socialización y generación de capacidades en la gestión integrada para la salud mental a través de 22 gestores en 22 entidades territoriales.
- Ruta de atención integral a problemas y trastornos mentales, diseñada.
- Análisis de Situación en Salud (ASIS) a profundidad: Dimensión de convivencia social y en salud mental.  
(Publicado en la página del Ministerio:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-convivencia-social-salud-mental.pdf> ).

- **Salud Mental en el Post-conflicto**

**Logros:**

- Participación en la elaboración de la propuesta de atención en salud mental y convivencia social en el marco del post-conflicto. Incluyendo elaboración y presentación de propuestas técnicas y proyecto para cofinanciación por parte del Banco Mundial y USAID.
- Reuniones de gestión con la Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR), la Oficina del Alto Comisionado para la Paz y el Despacho del Viceministro de Salud
- Taller con funcionarios de la ACR y con personas en proceso de reintegración para definir contenidos a incluir en las diferentes propuestas de abordaje e intervención durante las fases de ubicación, desmovilización y estabilización de los excombatientes de las FARC.

- **Farmacodependencia**

**Logros:**

Fortalecimiento de capacidades institucionales mediante:

- Consolidación de plan de trabajo con el Ministerio de Justicia para revisión, ajuste y diseño de planes integrales sobre drogas en los departamentos.
- Ubicación de seis gestores territoriales.

- Inicio de capacitación en procesos de atención integral a la problemática de drogas (a 370 profesionales y agentes comunitarios).

En procesos de prevención:

- En curso 1080 familias en familias fuertes, amor y límites (convenio OPS) y 1166 por cajas de compensación.
- Puesta en marcha de la coordinación de la Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública y de la Comisión Intersectorial de Alcohol.
- Inicio de proceso de actualización de los programas de prevención de consumo de drogas de la Policía Nacional.

En tratamiento del consumo de drogas:

- Construcción de la Ruta de Atención Integral a Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.
- En proceso modelo de tratamiento de trastornos por uso de sustancias psicoactivas (termina en noviembre).

En reducción de riesgos y daños:

- Acuerdo con el Ministerio de Justicia para llevar recursos a Medellín, Bogotá, Cali, Armenia, Cúcuta, Pereira y Santander de Quilichao para atender la problemática de consumo de heroína.
- Regulación de cannabis medicinal: Se expidió el Decreto 2467 de 2015 “Por el cual se reglamentan los aspectos de que tratan los artículos 3, 5, 6 y 8 de la Ley 30 de 1986” que regula el cultivo, la posesión de semillas, los procesos de producción y fabricación, exportación e importación destinados a fines médicos y científicos
- Se establecieron los procedimientos técnicos administrativos para la expedición de las licencias a las que hace referencia el anterior decreto.

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

#### **• Salud materno-perinatal**

- Se condujo el estudio de mortalidad materna asociada a violencia basada en género, encontrando que los municipios con mayores niveles de mortalidad materna presentan también mayores índices de violencia de género.
- Se incorpora, en el Plan Nacional de Desarrollo, la mortalidad materna rural como uno de los objetivos para su implementación y se diseñan los respectivos indicadores para hacer seguimiento.
- Se diseña el plan de implementación del Plan Nacional de Desarrollo en compañía de la Unidad de Gestión de la Presidencia de la República. Se definieron 25 conglomerados de municipios para focalizar las intervenciones. Se establecen las principales intervenciones a desarrollar y se priorizan de acuerdo a las especificidades territoriales y al perfil epidemiológico de la salud materna.

- Se implementa la estrategia de gestores en salud materna en 140 municipios; se hace la contratación de 10 profesionales que se entrenan para el seguimiento a planes de acción de reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave, además de la verificación y dinamización para implementar los elementos de la caja de herramientas del modelo de seguridad clínica en emergencias obstétricas.
- Se desarrolla el lineamiento clínico nacional para infección por Zika en gestantes.
- Se realiza presentación de anteproyecto al fondo multilateral de Naciones Unidas, por 1.5 millones de dólares, para la reducción de la mortalidad materna de cara al posconflicto.

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

Colombia avanza hacia el cumplimiento de las metas de eliminación de estos dos eventos, propuestos en el marco de los ODM y la iniciativa regional de América Latina y el Caribe (ALC). Se presentó una reducción de la TMI del VIH al 2% o menos y una reducción de la incidencia de sífilis congénita a 0.5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.

Para apalancar el logro de estos indicadores, el MSPS ha adelantado las siguientes acciones:

- 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.
- Realización del “Estudio de la introducción de la prueba rápida de diagnóstico dual para VIH y sífilis en las clínicas de cuidado prenatal en Colombia”. Para este estudio se escogieron las ciudades de Bogotá y Cali. En cada una de estas ciudades participaron instituciones de salud e entidades territoriales. Las EAPB e IPS realizan el seguimiento clínico a las mujeres gestantes a quienes se les ha realizado un diagnóstico de VIH y, de igual manera, a sus hijas o hijos expuestos. En este seguimiento se le garantiza la provisión del protocolo y todas las atenciones necesarias para eliminar la probabilidad de TMI.
- Se realizó monitoreo y evaluación 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; de igual manera, se ajustaron, en unión con el Instituto Nacional de Salud, las fichas del evento de VIH y sífilis gestacional y congénita.
- Evaluación programática de los avances de la estrategia en las entidades territoriales de Quindío-Armenia, Valle del Cauca-Santiago de Cali, distritos de Cartagena y Bogotá. En esta evaluación se identificaron las diferentes barreras que existen dentro del sistema para que las mujeres no reciban la atención en forma oportuna. Esta evaluación se realizó bajo el acompañamiento técnico de la Organización Mundial de Salud / Organización Panamericana de la Salud.
- Realización de planes de fortalecimiento en 16 entidades territoriales dirigida hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita.

## VIH/SIDA

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.

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.
- Actualización de la Resolución 2338 de 2013, “Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS”, de acuerdo a las nuevas recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico del VIH.
- Se diseñó la ruta específica de atención en VIH 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.
- Se expide la Resolución 1912 de 2015, “Por la cual se fija el mecanismo de cálculo que define el monto de giro y distribución de los recursos de la cuenta de alto costo para las empresas promotoras de salud del régimen contributivo, del régimen subsidiado y entidades obligadas a compensar, en el caso del VIH/SIDA”, la cual pretende fomentar el diagnóstico temprano a través de incentivos económicos a las EPS basados en una adecuada gestión del riesgo.

## **Dificultades y retos**

- Colombia tiene una epidemia de VIH/SIDA concentrada en poblaciones clave, las cuales son poco visibles y cargan, además, con el estigma y la discriminación propios de su situación. Esto dificulta la posibilidad de acceso al diagnóstico y tratamiento y su consecuente disminución de la mortalidad y en la carga viral, y por ende, retrasa el camino a la eliminación de la epidemia.
- A nivel financiero, Colombia ha sido clasificado como un país de ingresos medios altos, lo que reduce sus posibilidades de elegibilidad para subvenciones por parte del Fondo Mundial y hace prever que los recursos de cooperación internacional serán disminuidos en los próximos años.

- **Violencia de género**

- Se han realizado gestiones de contacto e impulso de la gestión administrativa en la implementación de la Resolución 5943 de 2014, “Por la cual se efectúan las asignaciones en el Presupuesto de Gastos de Inversión del Ministerio de Salud y

Protección Social para la vigencia fiscal 2014”, con el fin de lograr el cumplimiento de requisitos por parte de los departamentos priorizados en la Resolución y el giro de los recursos asignados por parte del MSPS, destinados a la realización de actividades en Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para Víctimas del conflicto armado.

- Se ha llevado a cabo teleconferencia de socialización de la Resolución 5943 de 2014, dirigida a los entes territoriales priorizados para la asignación de recursos destinados a realización de actividades de salud, dirigidas a víctimas del conflicto armado, en las áreas de salud mental y SSR.
- Se construyen herramientas metodológicas de apoyo técnico a los entes territoriales, para la construcción y planteamiento de los proyectos en salud mental y SSR, dirigidos a víctimas del conflicto armado (enviados a todos los departamentos) y se proyectan visitas de acompañamiento en los meses siguientes.
- Se realiza la jornada de inducción nacional sobre la gestión territorial en materia de salud integral a las víctimas del conflicto armado, con énfasis en salud mental y salud sexual y reproductiva, de conformidad con el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas (PAPSIVI) y el CONPES 3784 de 2013.

### 3.9 Curso de vida

El desarrollo del tema “Curso de Vida”, durante este periodo se concentró en tres ejes de trabajo:

- El primero, se relacionó con la gestión para la atención integral en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia;
- El segundo relativo a la continuación del proceso de construcción de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida y;
- El tercero, con la generación de alianzas para la implementación territorial de la atención integral en salud para la primera infancia y operación de programas y estrategias que contribuyen a mejorar la salud materna e infantil.

#### • Resultados de la gestión para la atención integral en salud

Este eje se orientó a fortalecer la arquitectura institucional nacional y territorial dirigida a promover el desarrollo integral y a garantizar el derecho a la salud de las niñas, niños y sus familias, a través de las siguientes acciones:

**Sesiones de capacitación virtual en la gestión de atención integral en salud a infancia.** El objetivo de estas capacitaciones es el de brindar orientaciones conceptuales y metodológicas a los equipos de salud materna e infantil de las DTS, para la atención integral en salud a mujeres gestantes, niños y niñas, en lo relacionado con la gestión de la atención, la calidad y humanización en la prestación de servicios y el fortalecimiento de la participación y movilización social de familias y comunidades mediante la realización de 8 sesiones, en donde se abordaron las siguientes temáticas:

- i. CONPES 181 de 2015 y orientaciones generales para formulación de proyectos.
- ii. Autovaloración de la capacidad de gestión de las DTS, para la atención integral en salud a mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes.
- iii. Orientaciones para la valoración de calidad y humanización de atenciones de promoción y prevención priorizadas de la ruta integral de atenciones.
- iv. Orientaciones para el fortalecimiento de la participación y movilización social para el desarrollo y cuidado de niñas y niños.
- v. Gestión intercultural en la atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes.
- vi. Gestión del derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes que han sido vulnerados y se encuentran bajo situaciones de protección.
- vii. Socialización de la Resolución 2175 de 2015, a través de la cual se realiza el seguimiento a las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto.
- viii. Gestión orientada al restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración en el marco del proceso de restablecimiento de derechos.

**Visitas de asistencia técnica a entidades territoriales priorizadas.** Para el acompañamiento presencial se priorizaron 13 entidades territoriales teniendo en cuenta a aquellas con menores avances en el proceso de implementación de la atención integral y el departamento de La Guajira, con acompañamiento para la implementación del programa de prevención y reducción de anemia para niños y niñas de 6 a 23 meses, como departamento piloto. Las entidades priorizadas fueron: Magdalena, Cesar, Córdoba, Bolívar, La Guajira, Sucre, Santander, Norte de Santander, Vichada, Meta, Amazonas, Caquetá y Chocó; se logró:

- Familiarizar a los equipos de la DTS, principalmente de salud pública, sobre el enfoque de curso de vida y sus principales elementos conceptuales, así como propiciar la reflexión sobre las implicaciones que tendría en la salud pública la aplicación del mismo.
- Realizar un balance con los principales avances, dificultades y retos frente a la implementación de la atención integral en salud a la infancia.
- Dar a conocer los principales elementos de los lineamientos para la implementación de la atención integral así como la caja de herramientas disponible en web.

**Cualificación del talento humano en salud para la atención integral a la infancia,** a través de:

- **Talleres “Minuto de Oro” ayudando a respirar al bebé,** en las siguientes ciudades: Apartadó, Tunja, Cúcuta, Montería, Sincelejo, Ibagué, Bucaramanga, Sesquilé, Buenaventura, Villavicencio y Neiva. En total se realizaron 14 talleres, con la participación de 545 profesionales de la salud.
- **Curso de Urgencias Pediátricas.** Contó con la participación de 73 profesionales en salud que atiende población en las principales patologías pediátricas del servicio de

urgencias, mejorando el manejo de cada una de ellas. Se desarrollaron los siguientes temas: i) líquidos y electrolitos; ii) infección respiratoria; iii) síndrome sibilante; iv) enfermedad febril en niños; v) urgencias quirúrgicas; y, vi) urgencias neonatales.

- **Curso de Puericultura.** La formación básica en puericultura se desarrolló con los siguientes temas: i) principios fundamentales de la puericultura; ii) evaluación de los mitos, prejuicios, conocimientos, creencias, temores de la madre; iii) interpretación de las indicaciones y prescripciones médicas, pertenecientes al campo de la puericultura; iv) trabajo en equipo interdisciplinario; v) realizar el asesoramiento y orientación en temas vinculados a la crianza; vi) asesoramiento a la madre y al grupo familiar en temas para la construcción de identidad profesional como puericultores.
- **Retinopatía en el prematuro.** Se realizaron cuatro talleres de manejo de oxígeno en las siguientes ciudades: Sincelejo, Ibagué, Villavicencio y Montería; capacitando un total de 338 personas del sector de la salud. Se elaboró un documento detallado del proceso de implementación del programa de retinopatía en Montería, que incluye las instituciones intervenidas, retos y desafíos del programa.

### **Construcción de la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida**

Se lideró la construcción de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el curso de la vida, como una propuesta innovadora en el marco de la política y el modelo de atención integral en salud. El resultado es un conjunto de acciones y atenciones en salud que realizadas por los diferentes agentes del SGSSS y por los demás sectores de acuerdo a sus funciones, responsabilidades y competencias, que contribuyen al goce efectivo del derecho a la salud y potencian el desarrollo humano de las personas, familias y comunidades del país.

### **Resultados obtenidos en la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos contemplados en el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018, SINERGIA y Objetivos de Milenio:**

Para el 2013, el país cumple con la meta de mortalidad infantil establecida a 2015, logrando una reducción del 56,6 % que corresponde a 17,25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Si bien, con la tasa nacional se cumple el objetivo, el reto está en cerrar la brecha entre regiones. Las tasas de mortalidad infantil más altas las mantiene el grupo de departamentos de la Amazonía (Amazonas, Vaupés, Guainía, Vichada y Guaviare), Chocó y La Guajira. Los departamentos que se caracterizaron por tener tasas de mortalidad infantil menores a la meta nacional establecida para el año 2015 fueron: Quindío, Bogotá, D.C, Valle del Cauca, Caldas, Norte de Santander, Risaralda, Cundinamarca, San Andrés, Santander, Antioquía y Boyacá.

### 3.10 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 afrodescendientes.

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).

Permitió 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, en el mes de diciembre 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.

Se presentaron dos situaciones de emergencias; una suscitada por el cierre de frontera colombo–venezolana y la otra dada por la ocurrencia de un terremoto en abril de 2016 en Ecuador, que ocasionaron limitaciones en la mayor participación de la entidad líder de la gestión del riesgo a nivel nacional durante el desarrollo de formulación de la ruta.

- **Atención integral a la desnutrición**

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

En 2015, el MSPS, en coordinación con UNICEF, desarrolla en el departamento de La Guajira, la prueba piloto del “Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario” en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia, a través de 17 equipos extramurales conformados por cinco integrantes (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social y técnico en ambiente) y 77

promotores de salud, cinco nutricionistas, cinco coordinadores desde las ESE y 2 coordinadores de medio ambiente.

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. Durante 2015 se lograron atender 9.684 familias, 867 gestantes y 8.200 niños y niñas menores de 5 años, identificando 296 niños con desnutrición aguda moderada o severa, de los cuales 286 fueron atendidos y recuperados en la comunidad y 10 fueron remitidos a una institución hospitalaria para recibir el tratamiento de las patologías agregadas. Dichas acciones permitieron la reducción de la prevalencia de desnutrición aguda de 3,4% a 2,6%.

En el 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**

En diciembre de 2015, el MSPS habilitó la línea de atención a la desnutrición: 031-330-50-71 para la notificación de posibles casos de desnutrición detectados por la comunidad. 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 que se le haga 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)**

A mayo de 2016 se notificaron 26 casos. 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 y 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 y 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.

### **Dificultades y obstáculos que impidieron o dificultaron el cumplimiento de objetivos**

- No ha sido posible cubrir el 100% de la población de la zona rural con atenciones en salud y nutrición, debido a la limitación de recursos para conformar los equipos extramurales suficientes.
- Alta dispersión territorial de las comunidades indígenas, lo que dificulta el acceso a centros hospitalarios, ya sea por inexistencia o mal estado de las vías, transporte público limitado, además de las grandes distancias a sortear, en especial en épocas de invierno.
- Debilidad en la gestión de la autoridad sanitaria que permita adelantar los procesos de prestación de servicios y aseguramiento en el marco de las competencias.

- **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.
- Durante el segundo semestre de 2015, en coordinación con las direcciones territoriales de salud de los departamentos de La Guajira y Bolívar y del Distrito de Cartagena, se logró la implementación efectiva del Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional (PNPRAN) incluyendo la implementación de la fortificación casera con micronutrientes en polvo a través de la consulta de crecimiento y desarrollo.

### Dificultades y obstáculos que impidieron o dificultaron el cumplimiento de objetivos

En el territorio, el cambio de gobierno implica la necesidad de generar nuevos acuerdos para garantizar la sostenibilidad del PNPRAN en Guajira y Bolívar. Así mismo, el no contar con normatividad específica y precisa para orientar la prevención y atención de la anemia –de tal forma que los actores cumplan con su papel en el desarrollo del programa– o que esta normatividad sea ambigua en muchos sentidos, se convierte en parte de los retos que deben superarse para continuar la implementación del programa.

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

- Para 2016, se ha programado la apertura de seis (6) bancos más, 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, y 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 16. 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.

Decreto o resolución	Reglamentario de la ley	Objeto o tema reglamentado
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).

**3.11 Salud ambiental**

- Zoonosis**

Se tienen los siguientes datos y cifras respecto a la vacunación antirrábica de perros y gatos:

**Tabla 17. Coberturas en vacunación, 2015**

Población de perros y gatos año 2015	Animales vacunados 1/06/15 al 31/12/15	Cobertura alcanzada en el periodo 1/06/15 al 31/12/15	Cobertura 1/01/15 al 31/12/15
6.191.272	3.746.609	60,51%	70.52%

Fuente. SSA, 2015

**Tabla 18. Coberturas en vacunación, 2016**

Población de perros y gatos año 2016	Animales vacunados 1/01/16 al 30/04/16	Cobertura alcanzada en el periodo 1/01/16 al 30/04/16
6.125.658	462.093	10.72%

Fuente. SSA, 2016

Para el segundo semestre de 2015, las entidades territoriales de salud reportaron la vacunación de 3.746.609 perros y gatos alcanzándose una cobertura nacional del 70.5% durante 2015. Es de anotar, que las entidades territoriales de Amazonas, Bogotá, Buenaventura, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Putumayo, Quindío, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés, alcanzaron coberturas inferiores al 70%, lo que representa un grave riesgo, dado la circulación del virus de la rabia en el ciclo silvestre.

Por su parte, se destaca el trabajo y cobertura alcanzada por las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cartagena, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Risaralda y Vichada, quienes alcanzaron coberturas de vacunación superiores al 80%.

Con corte a abril de 2016, las entidades territoriales han reportado la vacunación de 462.093 perros y gatos, para una cobertura alcanzada del 10.7%.

Se espera que se intensifique la vacunación antirrábica de perros y gatos para el tercer y cuarto bimestre de 2016, dada la situación de rabia en el Estado de Zulia, Venezuela, lo que pone en riesgo el estatus sanitario del país y en consecuencia la salud y la vida de los habitantes de la frontera Colombo-Venezolana.

### **Asistencia técnica y cooperación a las Direcciones Territoriales de Salud-DTS del orden departamental, distrital y municipal:**

Fortalecimiento de capacidades al talento humano en el 100% de las Entidades Territoriales de Salud, departamentos, distritos y municipios (categoría 1,2 y 3) a través de asistencias técnicas presenciales, virtuales y en reuniones nacionales y regionales, en materia de promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de zoonosis. Como resultado se adelantó seguimiento a las coberturas de vacunación antirrábica de perros y gatos, con base en las capacidades para el almacenamiento del biológico antirrábico de uso en perros y gatos al igual que socialización de los lineamientos del programa de zoonosis.

### **Gestión de insumos**

Distribución 100% de las entidades territoriales de salud del orden departamental y distrital los biológicos antirrábicos de uso en humanos y el biológico de uso en perros y gatos, así:

**Tabla 19. Insumos adquiridos y distribuidos a DTS  
(Período junio 2015 a mayo 2016)**

Año	Vacuna antirrábica para uso humano	Suero antirrábico para uso humano	Vacuna antirrábica para uso en perros y gatos
2015	75.000	8.000	3.982.400
2016	80.000	17.000	2.878.780

Fuente: PAI y Subdirección de Salud Ambiental, SSA 2015 y 2016.

Además de esto, el MSPS, dentro del proceso de fortalecimiento institucional, en 2015 distribuyó a los 32 departamentos, 5 distritos y 231 municipios, 47 refrigeradores de 7 canastillas y 206 de 5 canastillas para el almacenamiento de la vacuna antirrábica de uso en perros y gatos; así mismo, 900 termos para el transporte de dicho biológico.

- **Política de Salud Ambiental- PISA**

La PISA es una política de carácter intersectorial que surge de la necesidad de modificar como situación problemática la “deficiente gestión integral de la salud ambiental que afecta la salud de la población por el impacto ambiental y la

vulnerabilidad social”, que reconoce acciones en el ámbito nacional como territorial, dirigidas al fortalecimiento institucional como a diferentes poblaciones en su curso de vida; busca, con estas dos condiciones, profundizar en el abordaje de determinantes sociales y ambientales que generan carga de enfermedad en contextos de mayores inequidades.

En el marco de esta política, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Formulación del documento marco, el cual está aprobado técnicamente por la Comisión Nacional para la Salud Ambiental (CONASA) en la IX sesión (julio de 2015).
- Desarrollo del I Encuentro Nacional de Consejos Territoriales de Salud Ambiental, a fin de armonizar la gestión de estos Consejos con la PISA, identificar compromisos de la CONASA y los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) y definir mecanismos para su fortalecimiento.

### **Cambio climático**

Se desarrollaron las siguientes acciones:

- Construcción del lineamiento de adaptación al cambio climático desde el componente de Salud Ambiental para orientar a las direcciones territoriales de salud.
- Construcción conjunta con la OMS del perfil de clima y salud para Colombia como instrumento para la COP 21.

### **Entornos saludables**

En cumplimiento de la Orden 15 del Auto 073 de 2014 de la Corte Constitucional, el MSPS suscribió el Convenio Interadministrativo 365-369 en junio de 2015, cuyo objeto fue: “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros necesarios, entre el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico (IIAP), para garantizar la participación activa de las comunidades negras en los territorios colectivos y ancestrales de Nariño, en el desarrollo de los estudios para dar cumplimiento a la Orden Décimo Quinta (15) del Auto 073 de 2014 de la Corte Constitucional Colombiana”.

Como producto de dicho convenio se obtuvo, por parte del Ministerio, el documento que consolida la metodología implementada, el análisis cualitativo y los resultados obtenidos en el proceso de participación de la comunidad frente a su percepción sobre los posibles impactos en salud por las actividades de exploración y explotación minera en los territorios colectivos y ancestrales de comunidades negras del departamento de Nariño y se efectuó retroalimentación sobre los resultados del estudio a los representantes de los consejos comunitarios de dichos territorios.

### **Reglamentos sanitarios expedidos:**

- Resolución 5160, por medio del cual se modifica la Resolución 1615 de 2015: “Por la cual se autorizan laboratorios para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano”.
- 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 y se dictan otras disposiciones”.

## 4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CALIDAD

### 4.1 Infraestructura hospitalaria y dotación

La Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos Por un Nuevo País”, contempla un programa de inversión pública hospitalaria dirigido al fortalecimiento de la capacidad instalada de las ESE, en los componentes de infraestructura física y equipamiento, el cual en zonas con población dispersa deberá considerar la disponibilidad y uso de instrumentos en el marco de la telesalud. En este contexto, en 2015 inició la ejecución del proyecto *Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria – Nacional*.

En ejecución del mencionado proyecto, a través de la Resolución 5422 de 2015, previo cumplimiento de lo establecido en la Resolución 829 de 2015, que definió requisitos y condiciones para la ejecución del proyecto, se asignaron recursos por \$50.078 millones, para el fortalecimiento de la capacidad instalada de doce (12) IPS. Para obras de infraestructura \$46.562,58 millones, a proyectos localizados en Antioquia, Atlántico, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Tolima y para dotación hospitalaria, se beneficiaron entidades de Caldas y Córdoba, con \$3.515 millones.

Por otro lado, en desarrollo de la estrategia Contratos Plan, a partir de la priorización efectuada por el Departamento Nacional de Planeación en la vigencia 2015, y posterior a los trámites presupuestales requeridos para ejecutar el proyecto *Mejoramiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria en el marco de la estrategia contratos plan nacional*, el Ministerio transfirió recursos para la ejecución de dos proyectos de inversión de los departamentos de Córdoba y Chocó, los cuales hacen parte del Contrato Plan *Atrato Gran Darién*: (i) Con Resolución 3574/15, se asignaron \$1.030 millones a la Empresa Social del Estado Hospital Sagrado Corazón de Jesús, destinados a la cofinanciación del proyecto *“Remodelación del Área Administrativa de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Valencia - Córdoba”*; y, (ii) Mediante Resolución 5038/15, se asignaron \$5.524 millones al departamento del Chocó, para financiar la ejecución del proyecto *“Reposición de la infraestructura física del Hospital Lascario Barbosa Avendaño de Acandí, Chocó, Occidente”*.

Actualmente se llevan a cabo acciones orientadas a obtener, consolidar y analizar la información de ejecución de los recursos asignados a las Empresas Sociales del Estado, de acuerdo con los respectivos actos administrativos con el fin de verificar que

los mismos, se destinen exclusivamente a los proyectos viabilizados por el Ministerio, en las condiciones y términos aprobados.

De manera complementaria, teniendo en cuenta las diferentes fuentes que cofinancian la ejecución de proyectos orientados al fortalecimiento de la capacidad instalada, además de los recursos de inversión del Presupuesto General de la Nación, tales como recursos del Sistema General de Regalías, Contratos Plan, Cuentas Maestras, y líneas de redescuento con tasa compensada creadas por FINDETER; se presta acompañamiento técnico a las entidades en el proceso de formulación de proyectos, y se están elaborando e implementando instrumentos para su viabilización y seguimiento.

Con respecto a la revisión de las normas vigentes, se avanzó en aquellas relacionadas con establecimientos para inimputables y área de sanidad de los establecimientos de reclusión y en la actualización de la Resolución 4445 de 1996.

Adicionalmente, se ha realizado el alistamiento de los insumos, instrumentos y metodologías para el desarrollo de infraestructura en el postconflicto y; se realizó jornada de socialización a las entidades territoriales ubicadas en ámbito territorial disperso, conforme a la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, a las cuales se les entregó la metodología para la elaboración del diagnóstico participativo en el marco de la elaboración de sus planes bienales de inversiones en salud (Resolución 2514 de 2012). Dichas entidades entregaran al Ministerio los resultados de este proceso a inicios del segundo semestre de 2016.

## **4.2 Formas funcionales de organización y gestión de servicios**

El Ministerio avanza en los desarrollos técnicos e informáticos sobre formas de organización funcionales de los servicios de salud, como las redes integrales de prestadores de servicios de salud, prestadores primarios de servicios de salud, unidades funcionales de cáncer y red, subredes y centros de referencia para la atención de enfermedades huérfanas, tendientes a la provisión del proceso de atención en salud a la población en condiciones adecuadas, dentro del aseguramiento en salud.

- **Redes integrales de prestadores de servicios de salud**

Las redes integrales de prestadores de servicios de salud se han concebido como un instrumento para garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud bajo atributos de integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con acceso adecuado y pertinente para la población, optimización de los recursos humanos, de infraestructura, de tecnología así como la sostenibilidad financiera.

En el contexto de lo dispuesto por la Política de Atención Integral en Salud (Resolución 429 de 2016), las redes integrales de prestadores de servicios de salud estarán

conformadas por componentes primarios y complementarios de servicios de salud. Los primeros, serán los encargados de las acciones de fomento y autocuidado de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación básica; en tanto los complementarios, serán los encargados de la atención de eventos de mayor complejidad, que requieren de elementos tecnológicos y personal especializado.

Bajo dicho marco se expidió la Resolución 1441 de 2016 *“Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes integrales de prestadores de servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”*.

Con respecto al componente primario de las redes, se trabaja en las especificaciones técnicas y regulación del prestador primario de servicios de salud, como organizaciones funcionales para la gestión del proceso de atención en salud en lo relativo a este componente. Como tal, no se considera como un simple agregado de servicios priorizados como primarios habilitados, sino que implica que cumplan con los procesos, estándares y criterios mínimos que se definan para tal propósito, de forma tal que cumplan un papel primordial en la gestión y control, con la mayor resolutivez posible, de los riesgos en salud, así como en la provisión de las atenciones más frecuentes de la población adscrita, de forma integral.

El logro de los componentes metodológicos y cuantitativos que soportan los requerimientos de los procesos asociados a las redes integrales de prestadores de servicios de salud requiere el desarrollo de instrumentos y lineamientos para dar alcance a las necesidades de los diferentes actores.

En este sentido, se elaboró el documento técnico sobre *“Metodologías y regulación para la conformación, habilitación, operación y seguimiento de las redes integrales de prestadores de servicios de salud”*, el cual contiene los alcances, directrices, roles y funciones para los actores, instrumentos metodológicos para la determinación de la suficiencia de la oferta y la trazabilidad del proceso de atención, estándares y criterios para la habilitación de las redes, así como los requerimientos de desarrollo de las fuentes de información para su implementación.

Igualmente, se está implementando una propuesta de mejoramiento de los sistemas de información que aborda los desarrollos de tipo conceptual y operativo, que soportan los nuevos procesos de captura de información de oferta de servicios de salud, el diseño e implementación de los procesos de generación, actualización, verificación, validación y envío de la misma por parte de los actores correspondientes teniendo en cuenta la regulación de habilitación de redes de prestadores de servicios de salud.

Para la entrada en vigencia de la Resolución 1441 de 2016, se trabaja en el diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), que se requiere para los procesos de habilitación.

- **Unidades Funcionales de Atención de Cáncer Adultos e Infantil**

Como una forma de organización que va más allá de la habilitación de servicios de salud, que busca organizar servicios con miras a lograr la integralidad y continuidad en la atención de una patología, se han definido las unidades funcionales. En este contexto, atendiendo lo dispuesto en las leyes 1384 y 1388 de 2010, con la Resolución 1477 de 2016 se establece el procedimiento, los estándares y criterios para la habilitación y permanencia de las Unidades Funcionales “UFCA” y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil “UACAI”.

Para garantizar la implementación de los procesos definidos en la reglamentación mencionada, se desarrolló en el Registro Individual de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, un módulo que permite adelantar el procedimiento de habilitación de las Unidades Funcionales.

Actualmente se está llevando a cabo el proceso de socialización de la norma y se están elaborando los instrumentos para la implementación de un plan de asistencia técnica con los actores involucrados en el proceso.

### **4.3 Sistema Único de Habilidadación**

Dando continuidad a la implementación de estrategias y procesos para el desarrollo y apropiación de la norma de habilitación de prestadores de servicios de salud por parte de las entidades departamentales y distritales de salud, Resolución 2003 de 2014, en el último año se han llevado a cabo acciones de asistencia técnica presencial y virtual.

Igualmente, como parte de la socialización, se ha venido actualizando la página web del Ministerio para actualizar normas, manuales y procedimientos en habilitación, los cuales son utilizados por diferentes actores. Los avances se pueden ver en la página del Ministerio, a través del siguiente vínculo:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

Por otro lado, en 2015, producto del análisis de las condiciones, estándares y criterios establecidos en la norma de habilitación de servicios de salud, se revisaron hallazgos y requerimientos del sector encontrando que se requería adicionar algunos criterios a la Resolución 2003 de 2014. Es así como mediante la Resolución 5158, se modificó el artículo 15 de la resolución mencionada, con el propósito de garantizar la prestación de servicios de salud y no afectar el acceso a los mismos, en caso de cierre de servicios de una institución prestadora de servicios de salud cuando se adopten medidas de intervención forzosa administrativa para liquidar o para administrar por parte de la entidad competente o como consecuencia de una actuación administrativa para liquidar por parte de la entidad territorial.

Por otro lado, con el fin de aclarar la inscripción y habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de las instituciones públicas y privadas que prestan el servicio público de Bienestar Familiar, se expidió la Circular 36 de 2015. Para la atención de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida, se expidió la Resolución 1416 de 2016, mediante la cual se incluyeron en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, criterios para los servicios respectivos.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 118 del Decreto 019 de 2012, a través de convenios suscritos con el Instituto Nacional de Cancerología, se han desarrollado las acciones necesarias para realizar la verificación de las condiciones técnico-científicas de habilitación de los nuevos servicios oncológicos de conformidad con la normatividad vigente, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la Atención en Salud y el Plan Decenal para el Control Integral del Cáncer en Colombia 2012–2021. En 2015, mediante el Convenio 207/15 se verificaron 163 servicios oncológicos inscritos como nuevos en el REPS, 80% de los cuales fueron de consulta médica especializada. Actualmente está en ejecución el convenio N°227/16, con el cual se espera la verificación de más de 150 servicios nuevos de consulta externa y cirugía, radioterapia, quimioterapia y medicina nuclear.

#### **4.4 Sistema Único de Acreditación**

En desarrollo del Sistema Único de Acreditación del SOGC, con corte a mayo se encuentran acreditadas 35 instituciones prestadoras de servicios de salud, 8 de ellas públicas y 27 privadas.

Como parte de las acciones llevadas a cabo para la implementación de este componente, se apoyó el mantenimiento de la acreditación ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño, ESE Civil de Ipiales y del Hospital Susana López de Valencia través de asistencia técnica. Además, se realizaron actividades de asistencia y acompañamiento técnico en la implementación de los estándares de acreditación del Manual Ambulatorio y Hospitalario de forma presencial y virtual.

Como parte de la implementación del Sistema Único de Acreditación, se está trabajando en la reglamentación para la integración y el reglamento operativo para el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación, en el marco del Decreto 903 de 2014.

Finalmente, cabe resaltar que en la reunión del Comité de Acreditación la Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención en Salud, ISQua, se respaldó y aprobó por cuatro años, efectivos a partir de octubre 2015, el Manual de Acreditación para la Salud Ambulatoria y Atención Hospitalaria de Colombia, de acuerdo con lo señalado en los

términos y condiciones del Programa Internacional de Acreditación. En este contexto, a partir de la identificación de las oportunidades de mejora identificadas por ISQua para el manual, se elaboró plan de trabajo y se avanza en la implementación de las acciones allí establecidas, para el primer seguimiento que realizarán los evaluadores de ISQua en octubre de 2016.

#### **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 2184 de 2016, mediante la cual se determinó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, correspondiente a la vigencia 2016. Dicha categorización es comunicada a las entidades territoriales de salud del orden municipal, departamental y distrital. De las 947 ESE del orden territorial que funcionan actualmente en el país, el 74% (697 hospitales) se encuentran sin riesgo financiero o con riesgo bajo. Es decir que la gran mayoría de los hospitales públicos han evidenciado una significativa mejoría en sus finanzas. Este indicador tan sólo alcanzaba el 40% hace dos años

En desarrollo de acciones dirigidas al restablecimiento de la solidez económica y financiera de las Empresas Sociales del Estado - ESE, categorizadas en riesgo medio y alto, en el marco de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, a través de la Resolución 5321 de 2015, se destinaron \$42.506,6 millones del FONSAET, a siete ESE, en medida de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En procura de una mejor gestión de las ESE, para la prestación de los servicios de salud, en el marco de las redes, se trabaja en el desarrollo de esquemas alternativos de operación de éstas, para mejorar el acceso con calidad a los servicios, afrontar las limitaciones en eficiencia y sostenibilidad de la red pública hospitalaria, mediante la formulación e implementación de alternativas jurídicas, técnicas, administrativas, financieras y operativas, de conformidad con lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1753 de 2015.

Estos esquemas alternativos (algunos de los cuales requieren trámite legislativo), se relacionan con el ajuste al régimen laboral y empresarial (o avance en adopción de plantas temporales conforme a Decreto 1376 de 2014), la modificación del mecanismo de nombramiento de gerentes y conformación de juntas directivas, los mecanismos de operación que se apoyen en esquemas de participación público- privadas, la regulación de subsidios de oferta en condiciones de eficiencia, y sobre las formas de contratación por capitación, vinculadas al desempeño y resultados en salud.

Con relación a la adopción de plantas temporales, por parte de las ESE, conforme al Decreto 1376 de 2014, según datos del Sistema de Información de Hospitales Públicos

(SIHO), a diciembre 31 de 2015 (reporte a abril de 2016 según término Decreto 2193 de 2004), en 80 ESE, sus Juntas Directivas habían aprobado 3.724 cargos temporales (3.328 provistos y 396 vacantes).

En cuanto a la implementación de estrategias para mejorar la gestión y el nombramiento de gerentes de las ESE, en enero de 2016 se expidió el Decreto 052 por el cual se reglamenta la reelección por evaluación de los gerentes, tomando en consideración la valoración satisfactoria del cumplimiento del plan de gestión. A abril de 2016, en seguimiento a la reelección de gerentes por evaluación de cumplimiento de sus planes de gestión, de 938 ESE, con reporte en el aplicativo del SIHO, 182 ESE, adelantaron estos procesos, en aplicación del Decreto 052 de 2016. Así mismo, se expidió, en marzo de 2016, la Circular Conjunta 100-01-2016 (Procurador General, Ministro de Salud, Ministra de Educación y Directora del DAFP), que dicta instrucciones para el concurso de méritos para selección de gerentes. Por su parte, el Congreso de la República tramitó el proyecto de Ley que incluye una disposición referente a la elección de gerentes.

De igual forma, se trabaja con la mesa del Sector Salud, entre Gobierno Nacional y las Centrales Obreras, en la propuesta de un proyecto de Ley *“Por el cual se le confieren facultades al Presidente de la República para determinar un Régimen especial del talento humano de las Empresas Sociales del Estado”*.

Con miras a fortalecer los procesos de planeación y gestión de la prestación de servicios de salud a nivel territorial, se ha asistido técnicamente 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. Entre estos instrumentos, se encuentran:

**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). En la implementación de estos programas se ha visto un avance significativo con la aprobación y puesta en ejecución de los mismos en los departamentos y distritos, exceptuando el departamento de La Guajira.

**Los planes bienales de inversiones públicas en salud** como mecanismo para la planificación de la inversión pública en salud en infraestructura y dotación de equipos especiales (Leyes 715 de 2001 y 1438 de 2011; Resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013).

**Los planes financieros territoriales de salud para** la planeación de los recursos destinados a la salud a nivel departamental y distrital (Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011; Decreto 196 de 2013; Resoluciones 4015 de 2013 y 4834 de 2015).

#### 4.6 Telemedicina

Para la superación de barreras de acceso geográfico y funcional y facilitar la integralidad y continuidad de la atención en salud, se han implementado acciones para el fortalecimiento de la modalidad de prestación de servicios de salud de telemedicina, en especial en aquellos lugares remotos, aislados y con población dispersa. Como avance, se resalta el incremento de prestadores inscritos que ofrecen servicios en esta modalidad, con un crecimiento en diciembre de 2015 con relación a diciembre de 2014, de 7% en el número de sedes y de 37% en servicios, de acuerdo con la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

De acuerdo con lo reportado en el REPS, a abril de 2016, 242 sedes de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, tienen inscritos servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta.

Por otro lado, el Ministerio dispone de resultados generales de un estudio exploratorio de la situación de la telemedicina en municipios priorizados del país, elaborado a partir de una encuesta realizada en 2014, que permite conocer el estado actual de la telesalud - telemedicina en una muestra de actores priorizados ubicados en zonas de la geografía colombiana de interés para el desarrollo de la telemedicina.

De forma complementaria, se brinda asistencia técnica, de manera presencial y virtual, a direcciones territoriales de salud, departamentales y distritales, para la habilitación de servicios en la modalidad de telemedicina, según lo dispuesto por la Resolución 2003 de 2014, así como para la formulación de proyectos de inversión que involucren componentes de telemedicina.

#### 4.7 Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud

El MSPS elaboró el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, para el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, el cual guarda una estrecha relación con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud, en la 69ª asamblea, en referencia a la necesidad de que los servicios de salud sean integrados y centrados en la persona.

El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud-PNMCS, centra su propuesta en torno a tres premisas: (i) las personas como centro y finalidad del sistema; (ii) la

calidad con enfoque sistémico; y, por último (iii) la transformación del sistema mediante capacidades de ajuste, mejora continua e innovación.

De igual modo, el plan ha propuesto la adopción del fundamento de humanización, como punto de partida y tres directrices de calidad (seguridad, coordinación y transparencia), que apalancan, de manera directa, el fortalecimiento de la gestión de todos los agentes del sistema de salud, con especial énfasis en su capacidad de articulación, la incorporación de valores éticos en su cadena de valor y el incentivo en los ciclos de autoevaluación continua que identifiquen oportunidades de mejora e innovación.

Debido a que la calidad es responsabilidad de todos los agentes del sistema, el PNMCS plantea tres objetivos estratégicos: i) centrar sus esfuerzos en las personas; ii) fomentar la cultura de la autoevaluación para el mejoramiento continuo; y, iii) enfocar la gestión para el logro de los resultados en salud y la generación de valor social.

Para el cumplimiento de estos objetivos estratégicos, el PNMCS tiene previsto que a través de seis objetivos específicos se desarrollen estrategias y actividades que permitan el cumplimiento de las metas definidas hasta la vigencia 2021.

Además de los objetivos estratégicos, se plantea promover cambios normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia en el sistema de salud para recuperar la confianza y legitimidad. Al mismo tiempo se busca fomentar el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica entre los agentes del sistema y las buenas prácticas para favorecer el mejoramiento continuo y contribuir al logro de los resultados en salud, acorde a lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Política de Atención Integral en Salud–PAIS y el Modelo Integral de Atención en Salud–MIAS.

Por otro lado, el plan propone el apoyo y fomento a la excelencia e innovación en el sistema de salud, mediante el desarrollo de habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones. Al mismo tiempo plantea la gestión del conocimiento con un enfoque de aprendizaje e innovación para orientar la toma de decisiones y la definición de políticas que permitan fortalecer la calidad y la humanización. Por último, reconoce la necesidad de empoderar a las personas mediante procesos de capacitación, información y rendición de cuentas, que mejoren su comprensión, participación y experiencia con el sistema de salud.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 107 de la Ley 1438 de 2011, se definió una ruta de trabajo para la formulación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, en la cual el proceso de construcción y divulgación del PNMCS, ha contado con la participación activa de más de 2.500 personas, en las diferentes convocatorias realizadas.

En ese orden de ideas, se realizaron actividades de transferencia de conocimiento a los 17 departamentos y a 4 distritos con los siguientes propósitos: i) Establecimiento de los nodos de humanización en los departamentos de Nariño, Cauca, Antioquia, Quindío y Valle del Cauca, en los cuales se ha profundizado en el fundamento de humanización; ii) Divulgación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud en más de 17 departamentos y 4 distritos; iii). Presentación del Informe Nacional de Calidad; y, iv) asistencia técnica para la implementación del sistema de información para la calidad.

- **Informe Nacional de Calidad, 2015**

Se elaboró el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015, el cual muestra, a partir de los indicadores definidos en el Primer Informe Nacional de Calidad INCAS 2009 y de la evolución de los registros de las mediciones, un panorama de la calidad en el país durante el período 2009–2014.

De igual modo, el informe presenta los resultados del análisis de los indicadores que permiten medir la calidad de la atención en salud y aporta evidencia efectiva y oportuna para realizar una valoración integral de la calidad. Adicionalmente, se pretende convertir a este informe en una herramienta de primer orden para promover el fortalecimiento de la gestión de los agentes del sector salud, para gerenciar y orientar la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad en salud para el país.

Este informe incluye un conjunto de indicadores con 52 mediciones específicas, de las cuales, 23 corresponden a la dimensión de efectividad con la que se proveen atenciones en el país, 3 mediciones de seguridad del paciente y 26 mediciones de experiencia de las personas en su interacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS.

Finalmente, este informe pretende dar un panorama general de la calidad en salud en el país, para evidenciar no solo los logros en los últimos años, sino también, las oportunidades sectoriales de mejora.

- **Sistema de Información para la calidad**

Se realizó actualización del Sistema de Información para la Calidad con la expedición de la Resolución 256 de 2016, por medio de la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y se establecieron los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, la cual derogó la resolución 1446 de 2006. Estos indicadores fueron estructurados bajo la lógica de su interrelación entre sí, lo que permitirá un enfoque del monitoreo de la calidad de manera sistemática. Por otra parte, el ámbito de aplicación definido para esta

resolución está dirigido a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios–EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a los servicios de transporte especial de pacientes, a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo. Se definieron en total 110 indicadores, de los cuales 55 aplicarán para prestadores, 33 indicadores para EAPB y 22 Indicadores para entidades departamentales, distritales y municipales.

Este sistema tendrá como finalidad: i) fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud; ii) gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud; iii) contribuir con la medición del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para facilitar la toma de decisiones y suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección; iv) promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006, y por último; v) ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los diferentes actores del sistema.

Los canales digitales y electrónicos definidos por el MSPS, para facilitar el acceso, consulta y difusión de los indicadores de calidad definidos en la resolución, serán los siguientes: i) Sitio web del SISPRO (permite hacer las consultas de información más frecuentemente buscadas); ii) Sitios web para consultas predefinidas (permiten acceder a consultas de datos e información específica); iii) Sitios web temáticos (disponen de consulta de datos e información correspondiente a los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud-ROSS; iv) Cubos en línea (permiten hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO; v) Repositorio Institucional Digital–RID (permite acceder a la información bibliográfica y documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, bases de datos e indicadores epidemiológicos y demográficos).

#### **4.8 Seguimiento y evaluación de actores**

- **Sistema de evaluación de actores**

En cumplimiento del Artículo 111, Ley 1438 de 2011, se presentó el documento del Sistema de Evaluación de Actores. Este documento indaga sobre el desempeño de las Entidades Territoriales, IPS y EAPB, en temáticas relacionadas con: i) gestión del riesgo; ii) programas de prevención y control de enfermedades implementados; iii) resultados en la atención de la enfermedad; iv) prevalencia de enfermedades de interés en salud pública; v) la calidad en la atención en salud; iv) flujo y administración de recursos; y, vi) satisfacción del usuario frente a estos actores del SGSSS.

En esta versión del Sistema de Evaluación de Actores, el Ministerio se apoyó principalmente en: los indicadores de calidad provenientes de la Resolución 1446; la encuesta de percepción de los usuarios de las EPS; y, el reporte de información financiera a través de la Circular Única. En total, se presentó información de 17 tópicos para DTS; 16 para EAPB; y 4 para IPS; cada tópico con uno o más indicadores de soporte.

El resultado final es un documento que resume la situación de salud en Colombia y permite comparar el desempeño en salud entre los diferentes actores del SGSSS.

- **Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS**

La encuesta de evaluación de los servicios por parte de los usuarios de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, es aplicada a 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.

Particularmente para 2015, se realizó la revisión y ajuste del diseño técnico, 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.

(Ver: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/Indicadores.aspx> )

Los ajustes en el diseño hacen parte de la mejora que busca el Ministerio en esta herramienta, lo que implica necesariamente ajustes para hacer los datos comparables con las mediciones anteriores.

Dentro de la encuesta se ha indagado a las personas que responden como reconoce su etnia: 4.5% como indígena; 4.1% afro descendiente; 0.3% Raizal del archipiélago; 0.1% palanquero; 0.1% como gitano Room y el 91% no se reconoce como ninguno de los anteriores. Siendo incluyente con las etnias de nuestro país.

Durante los tres primeros años, la encuesta se aplicó a una población objetivo de usuarios mayores de 18 años que hayan utilizado 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 a una población de interés que son los habitantes de todo el territorio nacional de todas las regiones del país, pertenecientes a todos los niveles socio-económicos y habitantes de zonas urbanas o rurales, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que hayan usado 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.

Estas son algunas cifras importantes que reflejan la percepción en general de los usuarios:

- El 74% 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 75%
- El 16% de los encuestados indica que la EPS le ha negado los servicios, de los cuales el 36% era un servicio No POS y un 44% por no disponibilidad de recurso.
- El 47% de los encuestados indica que fue fácil o muy fácil la comunicación para solicitar información o hacer trámites en sus EPS.
- A nivel general el 41% de los encuestados afirma que la EPS lo ha invitado a los programas de promoción y prevención.
- En caso de gravedad, el 27% definitivamente si accedería a tiempo a los servicios de salud de su EPS y un 58% probablemente si accedería a tiempo a los servicios de salud
- El 70% de las personas considera que su estado de salud es buena o muy buena.

Con respecto al acceso, la encuesta realiza la siguiente pregunta al usuario: “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”.

Para el 2015, se observa que el 42% de los usuarios pertenecientes al régimen subsidiado respondieron favorablemente, indicando que fue fácil y muy fácil el acceso a los servicios de salud de su EPS. El 30% de los usuarios respondió que no fue fácil ni difícil, y un 27% respondió que fue difícil el acceso. Con respecto al resultado del 2014, se observa un aumento de 10% en el porcentaje de usuario que respondieron que el acceso fue difícil.

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 MSPS. 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, por lo que existen diferentes factores que pueden influir en la misma, como por ejemplo los protocolos internos en los prestadores de salud, de seguridad de la atención, de atención humanizada, entre otros. Sin embargo, de manera general, el 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 2015, alrededor de Saludcoop y Caprecom, impactó el resultado de este indicador significativamente, puesto que cubrían más del 10% de la población afiliada al SGSSS. En consecuencia, se espera que las acciones

tomadas y en curso sobre estas dos EPS, se reflejen en una mejoría de este indicador en la próxima medición.

- **Ordenamiento de desempeño de las EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Siendo la salud un derecho fundamental, que comprende el derecho de acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, a cargo principalmente de las entidades responsables de asegurar la prestación de servicios de salud EPS y siguiendo lo establecido en la Constitución Política Nacional y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), se considera necesario evaluar el desempeño de las EPS.

Uno de los fines de la evaluación de desempeño es servir de referente a los usuarios para tomar la mejor decisión frente a su afiliación y movilidad a una EPS, igualmente, es deseable que este instrumento sea útil a las aseguradoras, para que puedan evaluar sus resultados y poder compararlos con los obtenidos por sus competidores, generando acciones de mejora en todos los aspectos que forman parte del desempeño basado en calidad.

La importancia del ordenamiento por desempeño de EPS radica en que ofrece a usuarios y empresas del sector un contexto de comparación inmediato con respecto a sus similares, permitiéndoles saber si la EPS a la cual están afiliados está haciendo bien las cosas o tiene un margen para mejorarlas; por otro lado, la sencillez en la presentación y la selección de un conjunto de indicadores se convierte en el éxito de un ranking, de ahí que para el MSPS esas dos premisas fueron clave para desarrollar este trabajo.

El documento de ordenamiento se ha organizado en tres secciones. En la primera, se define desempeño en salud como la medida en que el sistema de salud contribuye al logro de los resultados generales en términos de eficiencia, eficacia, resolutivez, costo beneficio, entre otros. En ésta se tiene en cuenta el enfoque de la OMS, relacionado con las estrategias para medir el desempeño de los sistemas de salud, así como el de la OCDE, el cual resalta la importancia de la garantía del acceso a los servicios y la calidad de la atención.

La segunda sección presenta la metodología que permite estructurar el ordenamiento por desempeño de EPS, el cual debe ser útil, de fácil comprensión, transparente y debe facilitar al usuario, quien es el que efectivamente utiliza los servicios de salud, comprender cuales son los resultados de su EPS, en términos de desempeño en comparación con otras EPS; todo esto ordenado a través de tres dimensiones sencillas con las cuales se sienta identificado:

- Dimensión 1. ¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar que me enferme?
- Dimensión 2. ¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?
- Dimensión 3. ¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafiliarme y moverme dentro del sistema de salud?

La conjugación de las dimensiones refleja el trato que como ser humano recibo de la EPS y en qué medida resuelve mi necesidad y/o problema.

La tercera sección muestra los resultados obtenidos por las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado. Se parte definiendo los ejes con los cuales se evaluará el desempeño de las EPS: resultado de calidad y percepción de los usuarios, se definen las fuentes de información y finalmente las tres dimensiones conformadas por grupos de indicadores. Para el caso de las aseguradoras del régimen subsidiado, se destaca el hecho que las EPS COMFAMILIAR CARTAGENA, COMFAGUAJIRA, CCF de NARIÑO, AMBUQ EPS, y MUTUAL SER, alcanzaron un resultado final **alto**. En el grupo conformado por las aseguradoras del régimen subsidiado EPS indígenas, las EPS: DUSAKAWI EPSI y ANAS WAYUU EPSI, obtuvieron un resultado final **alto**. Respecto a las aseguradoras que pertenecen al régimen contributivo las EPS SANITAS y SURA se destacan como aquellas que presentaron un resultado final **alto**.

El documento técnico fue publicado en el repositorio institucional digital<sup>10</sup> del MSPS, en diciembre de 2015. Para ese mismo mes, se realizó el proceso de divulgación y socialización a las EPS a través de sus agremiaciones, ACEMI, ASOCAJAS y GESTARSALUD. Para enero de 2016, se dispuso de los resultados del ordenamiento en el Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en Salud<sup>11</sup>, para que los usuarios del sistema tuvieran acceso a esto y lo conocieran.

Actualmente, la Oficina de Calidad del MSPS se encuentra trabajando en la elaboración del Ordenamiento de Desempeño de EPS 2016. Se espera adicionar nuevos indicadores que den cuenta más de la efectividad sin dejar de lado los indicadores de percepción de los usuarios que son lo que más han contribuido a la construcción de este ordenamiento.

#### 4.9 Guías de Práctica Clínica

Durante el año 2015, se avanzó en el desarrollo de doce (12) nuevas Guías de Práctica Clínica–GPC, objeto de la convocatoria 637 de 2013, las cuales abordan temáticas tales como: discapacidad, con la GPC para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral; salud visual con la detección temprana, diagnóstico y

<sup>10</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

<sup>11</sup> <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>

tratamiento de los defecto refractivos en menores de 18 años y ambliopía en menores de 18 años; enfermedades con riesgo cardiovascular como la diabetes, obesidad en adultos, falla cardíaca, accidentes cerebro-vasculares isquémico y en cáncer se incluyó la GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento inicial del cáncer de estómago. Las guías actualmente se encuentran en proceso de revisión de pares externos, requisito que garantiza óptimos estándares metodológicos y contenidos clínicos relevantes en la resolución de controversias en la atención.

Adicionalmente, como resultado de convenio interadministrativo con el Instituto Nacional de Cancerología, gestionado desde la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS, se continuó con el desarrollo de la guía para cáncer de cuello uterino, la cual incluye lesiones precancerosas y cáncer invasivo de cuello.

Por otra parte, el MSPS ya había construido el Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014–2017, el cual evidencia la necesidad del fortalecimiento del diagnóstico y atención integral de las personas con hepatitis virales, especialmente de las hepatitis B, C y Coinfección B-D, dada la cronicidad de la infección y desenlace en carcinoma hepático, insuficiencia hepática y muerte, con el consecuente incremento en la utilización de los servicios de salud e intervenciones de alto costo, como el trasplante hepático.

Los tratamientos que se han venido desarrollando en los últimos años para la hepatitis C, alcanzan resultados satisfactorios hasta en un 90% de los casos, en función del tratamiento aplicado y han mostrado eficacia para limitar el desarrollo de cirrosis y cáncer de hígado. La aplicación de estos desarrollos terapéuticos se ha visto limitada en función del alto costo del tratamiento, que puede llegar a USD 84.000 por individuo, lo cual representa una grave amenaza para la sostenibilidad financiera de cualquier sistema de salud. En este contexto, se gestionó la aplicación de metodologías de adopción de GPC, que le permitan al país disponer de dicho instrumento para el diagnóstico y manejo de las personas con hepatitis B y C, que permitirá al sistema de seguridad social prepararse de mejor manera ante la inclusión de nuevas tecnologías para mejorar de la salud de la población.

Así mismo, en respuesta a la Ley 1733 de 2014 y la Sentencia T421 de 2015, el Ministerio gestionó el contrato interadministrativo 142 de 2016, con el Instituto de Evaluación de Tecnologías (IETS), el cual tuvo por objeto *“Brindar acompañamiento técnico al Ministerio de Salud y Protección Social, en el proceso de adopción de las Guías de Práctica Clínica para la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y para la Atención del Cuidado Paliativo. Adopción de guías de práctica clínica para la Enfermedad Renal Crónica y para la Atención del Cuidado Paliativo”* el cual permitirá seleccionar las guías con mejores estándares de calidad, disponibles internacionalmente; mediante consenso de expertos se realizaron los ajustes necesarios para el contexto nacional. Lo anterior con el fin de apoyar las decisiones durante el proceso de atención de personas que demanden cuidado paliativo o con diagnóstico de ERC.

Con este avance, a marzo del 2016 se cuenta con un total de cuarenta y cuatro (44) GPC publicadas en el portal <http://gpc.minsalud.gov.co> y 16 nuevas guías en desarrollo.

Por otra parte con el objeto de apoyar la implementación de las GPC, se gestionó elaboración y disposición de contenidos de guías de práctica clínica a través de una herramienta que incorpore formatos multimediales, que favorece la consulta en medios con o sin conexión a internet y están dirigidas a pacientes y profesionales.

#### • **Terapias ABA**

Se adelantó el proceso de difusión e implementación del protocolo ABA. Para este fin se elaboró un plan de implementación teniendo en cuenta las barreras y facilitadores identificadas mediante mesas de trabajo entre aseguradoras, prestadores de servicios, asociaciones de pacientes y las diferentes direcciones del Ministerio. Se han desarrollado diferentes estrategias de difusión, entre las que se encuentran:

- Se publicó documento en el portal <http://gpc.minsalud.gov.co> y en el Observatorio de calidad ( <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/TemasDestacados/Protocolo.aspx> ).
- Envío masivo de tarjeta electrónica (*e-mailing*).
- Eventos de socialización con actores del sistema (jueces, aseguradores, prestadores de servicios de salud, entidades territoriales en salud, pacientes, academia), en las ciudades de Bogotá, Barranquilla y Medellín).

Del mismo modo se han implementado diferentes estrategias de implementación como:

- Generación de actos normativos.
- Espacios de análisis de barreras con actores del sistema (aseguradores, prestadores, asociación de pacientes y academia).
- Mesas de trabajo con los actores del sistema para gestionar las barreras identificadas.
- Articulación con aseguradores para viabilizar el seguimiento de los pacientes con diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Elaboración de herramientas que favorecen la adherencia a las recomendaciones.
- Mejoramiento de infraestructura en articulación entre sectores educación y salud.

#### **4.10 Desarrollo del talento humano en salud**

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

Los resultados se dividen en tres partes:

- **Formación del Talento Humano en Salud**

### **Salud y medicina familiar y comunitaria:**

Se desarrolló el enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, estrategia central para el modelo integral de atención en salud, desde la perspectiva del fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud, con los siguientes avances:

- En conjunto con instituciones de educación superior se validaron los programas únicos nacionales de las especializaciones en medicina familiar y en salud familiar, los cuales fueron remitidos al Ministerio de Educación como instrumento de referencia para las evaluaciones de calidad y pertinencia que hacen parte del proceso de registro calificado de los programas de formación en salud.
- Se realizaron gestiones para incorporar el enfoque de salud y medicina familiar en la formación y atención en salud en Boyacá y Huila, promoviendo la articulación de universidades, instituciones de salud y otros actores sociales.
- Se continuó la consolidación de la Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria y se realizó el segundo encuentro regional de salud y medicina familiar y comunitaria del suroriente colombiano en la ciudad de Popayán.
- Se iniciaron las sesiones del Comité de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, organismo asesor en Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.
- Se presentó la ruta para el fortalecimiento de talento humano requerido para la implementación del modelo integral de atención en salud, a instituciones de educación superior y entidades territoriales.

### **Calidad y pertinencia de la formación**

Se consolidó el proceso de evaluación de pertinencia de los nuevos programas de educación superior del área de la salud con el fin de garantizar la coherencia de los procesos de formación con las necesidades de la población y los servicios de salud. Durante el período de reporte se analizó y emitió concepto sobre la pertinencia de 212 programas académicos para formación de profesionales y especialistas de la salud.

El Ministerio, a través de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, 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 técnicos sobre la relación docencia servicios para 187 programas y 27 escenarios de prácticas de educación superior y 162 programas de formación de auxiliares de la salud, mecánica dental y cosmetología y estética integral.

De otro lado, se otorgó el reconocimiento como Hospitales Universitarios a la Fundación Cardio-Infantil, el Hospital San José y el Hospital Infantil Universitario San José, todos con sede en Bogotá, condición que los acredita como establecimientos de excelencia en los procesos de investigación, docencia y prestación de servicios de servicios de salud. Actualmente se adelanta la evaluación de las solicitudes presentadas por el Hospital General de Medellín, la Fundación Valle del Lili de Cali y la Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL de Floridablanca.

- **Ejercicio y desempeño del talento humano en salud**

### **Competencias profesionales**

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 14 profesiones de la salud en diferentes regiones del país.

### **Formación continua**

Como parte de las estrategias para controlar y reducir los efectos negativos de las epidemias de Dengue y Chikunguña, se actualizó y desarrolló el curso no presencial para el manejo de enfermedades de transmisión por vectores, priorizando la participación del personal sanitario que atiende las regiones de mayor incidencia. El curso se ofreció de manera gratuita a más de 7.000 profesionales en Medicina, Enfermería y Bacteriología, así como auxiliares de enfermería en todo el país.

De otro lado, se encuentra en proceso la definición de lineamientos específicos para la formación continua; se ha trabajado en los siguientes temas: sedación, citogenética, gestión operativa de la donación, coordinación operativa de la donación, atención a víctimas de violencia sexual, cuidados paliativos, protección específica y detección temprana.

### **Colegios profesionales**

Se concretó la delegación de funciones públicas en colegios de cuatro profesiones de la salud: Fisioterapia, Medicina, Enfermería y Fonoaudiología, con lo cual ya son seis profesiones las que cuentan con este mecanismo establecido en la Ley 1164 de 2007<sup>12</sup>. Actualmente se adelantan las actividades preliminares para concretar la delegación en

---

<sup>12</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.

la profesión de Instrumentación Quirúrgica y continuar con el proceso para las demás profesiones de la salud.

### **Servicio Social Obligatorio:**

Se promovió la formalización de las plazas de Servicio Social Obligatorio, estableciendo como criterio para su incluir en los procesos de asignación de las mismas, la vinculación directa a las planta de las instituciones a través contrato legal y reglamentario para instituciones públicas o contrato laboral formal en entidades privadas.

En el periodo comprendido entre junio de 2015 a mayo de 2016, se realizaron cuatro procesos de asignación de plazas de servicio social obligatorio, para dar respuesta a necesidades de atención de salud de poblaciones deprimidas y regiones apartadas, logrando la provisión de 5.032 plazas, así: 3.402 de medicina; 518 de odontología; 784 de enfermería y 328 de bacteriología.

Se evidencia que permanece el déficit de plazas para profesionales de bacteriología, enfermería y odontología, ya que se asigna el 100% de las plazas disponibles y se eximen de la prestación del servicio un alto porcentaje de profesionales graduados; se ha estimulado la creación de plazas en la IPS y ESE sin resultado positivo. En medicina aún quedan algunas plazas que no se asignan por insuficiencia de profesionales inscritos (no de profesionales graduados), pues optan por presentarse directamente ante el Gerente de la IPS o ESE.

Se continúa estimulando el cambio de contratación de estos profesionales de Servicio Social Obligatorio–SSO, de prestación de servicios a un contrato legal y reglamentario, para instituciones públicas o contrato laboral formal en entidades privadas.

### **Tribunales nacionales de ética**

Se remitieron a las direcciones departamentales y distritales de Salud, 47 extractos de fallos proferidos por los tribunales de ética de profesionales de medicina (26), odontología (20) y optometría (1) sancionados durante el periodo, debidamente ejecutoriados, para las acciones de inspección vigilancia y control que realizan estas entidades.

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 \$1.293,6 millones distribuidos así:

**Tabla 20. Transferencia de recursos para el funcionamiento de los tribunales de ética**

TRIBUNAL	Aporte Ministerio 2015
Tribunal Nacional de Ética Médica	\$719.736.800

TRIBUNAL	Aporte Ministerio 2015
Tribunal Nacional de Ética Odontológica	\$326.288.600
Tribunal Nacional Ético de Enfermería	\$247.548.600
<b>Total</b>	<b>\$1.293.574.000</b>

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

## 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, por lo cual se avanzó en su consolidación y depuración. El ReTHUS cuenta con más de 600.000 registros de profesiones, técnicos y auxiliares de la salud, autorizados para ejercer en Colombia. Este proceso ha encontrado dificultades en la oportunidad y calidad de los datos reportados por algunas direcciones departamentales de salud, así como el desarrollo incipiente de los colegios de algunas profesiones de la salud, que no ha permitido la delegación de la función del registro y expedición de tarjetas profesionales en dichas organizaciones.

Se avanza en un proceso de verificación y complementación de la información y en el diseño de mecanismos para facilitar su consulta por parte de las personas e instituciones que tengan interés en dicha información.

Se continúa realizando asistencia técnica a las direcciones departamentales de salud (durante el período, 10 asistencias), frente a diversos temas del Servicio Social Obligatorio -SSO y del registro y emisión de autorización del ejercicio de las profesiones y ocupaciones de la salud.

Se expidieron 235 resoluciones de autorización del ejercicio de la especialización en anestesiología y 18 permisos transitorios de profesionales extranjeros en desarrollo de misiones humanitarias y científicas.

- **Proyectos específicos**

### Desarrollo del talento humano en salud en pueblos indígenas:

En el marco del SISPI, se desarrolló una propuesta para fortalecer el desarrollo del talento humano y los agentes en salud de los pueblos indígenas y se realizaron acciones de planeación, gestión y seguimiento de la formación con enfoque intercultural, entre las cuales se destacan:

- Concertación y acompañamiento a pueblos indígenas de: Nariño–pueblo Awá de las organizaciones UNIPA y CAMAWARY; Guajira–pueblo Wayuu; Chocó–pueblo Emberá Katío del municipio de Bagadó; Córdoba-pueblo Emberá Katío del municipio

de Tierralta; Boyacá, Norte de Santander, Santander–pueblo indígena U’wa; y el departamento del Cauca- pueblo indígena Totoroez (del municipio de Totoró).

- Elaboración de la ruta para el desarrollo de procesos de formación intercultural con pueblos indígenas.
- Elaboración de los programas complementarios de “Fortalecimiento intercultural en salud con pertinencia étnica”, “Fortalecimiento de la partería tradicional en pueblos indígenas”, y “Cuidado de la salud mental comunitaria en los entornos de vida”.

Las dificultades para conseguir recursos para el alojamiento, desplazamiento y alimentación de los aprendices, han retrasado los procesos de formación.

### Talento humano para el cuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado

A través del curso virtual “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado” se capacitaron 1.300 personas que trabajan en Empresas Sociales del Estado (ESE), Empresas Promotoras de Salud (EPS) subsidiadas, secretarías de salud, equipos del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) de 32 entidades territoriales. Esta iniciativa se llevó a cabo en convenio con la Federación Médica Colombiana.

**Tabla 21. Formación de estudiantes por entidad territorial**

Primer Corte: Mayo a Julio de 2015							
Segundo Corte: Agosto a Octubre de 2015							
Ente Territorial	N°. Estudiantes	Ente Territorial	N°. Estudiantes	Ente Territorial	N°. Estudiantes	Ente Territorial	N°. Estudiantes
Antioquia	148	Arauca	46	Atlántico	12	Barranquilla	55
Bogotá	224	Bolívar	12	Boyacá	28	Buenaventura	6
Caldas	64	Cali	78	Caquetá	41	Cartagena	14
Casanare	17	Cauca	14	Cesar	4	Chocó	31
Córdoba	120	Cundinamarca	18	Guainía	2	Guaviare	1
Huila	24	La Guajira	44	Magdalena	20	Meta	9
Nariño	87	N. Santander	13	Putumayo	19	Quindío	11
Risaralda	22	Santander	30	Sta Marta	12	Sucre	17
Tolima	17	Valle	39	<b>TOTAL</b>		<b>1300</b>	

Fuente: Datos de la Federación Médica Colombiana. Elaboración propia MSPS, 2015.

Con el objetivo de afianzar las competencias para la atención a víctimas del conflicto armado, se realizaron mesas de trabajo con el Ministerio de Educación Nacional, las Facultades de Psicología y Trabajo Social, el Colegio Colombiano de Psicólogos, el Consejo Nacional de Trabajo Social, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Corporación AVRE, Instituto Interamericano de Derechos Humanos y la Federación Médica Colombiana.

### **Formación en salud penitenciaria**

La Mesa de Formación en Salud Penitenciaria, en la cual participa la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MSPS, realizó una propuesta de formación continua en salud penitenciaria, para mejorar el desempeño de los trabajadores de la salud del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario, con el fin de contribuir a mejorar la situación de salud de la población privada de la libertad; sin embargo, el proceso demanda la asignación de recursos presupuestales que no se han logrado conseguir.

### **Talento humano para la gestión de las instituciones y procesos**

Se desarrolla la definición de perfiles y competencias del talento humano de las entidades territoriales, las EPS y las IPS, para la gestión del Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud. Para este fin se han realizado talleres en Atlántico, Cauca, Risaralda y Guainía.

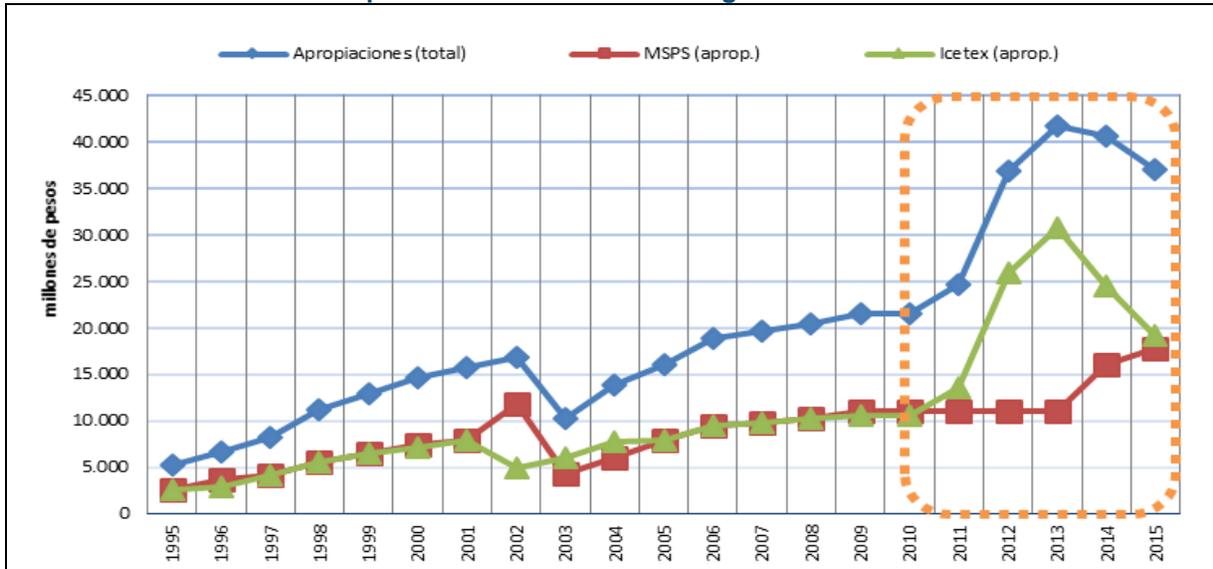
#### **4.11 Becas Crédito para formación de especialistas del área de la salud**

Mediante el programa de Becas Crédito, en ejecución mediante 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 1.215 nuevos beneficiarios al programa.

Con los recursos asignados al programa la vigencia 2016, sólo se logra financiar aproximadamente 620 nuevos beneficiarios, lo que constituye una reducción de cerca del 50% frente al número de nuevos beneficiarios que ingresaron anualmente en el período 2012 a 2015.

De 1995 a 2015, se han apropiado \$413.185 millones al programa Becas Crédito, lo que ha permitido el otorgamiento del beneficio a más de 17 mil residentes, como se puede observar en el siguiente gráfico.

**Gráfico 5. Comportamiento histórico de asignación de Becas Crédito**



Fuente: Registro Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – MSPS

#### 4.12 Prevención y atención de emergencias y desastres

El párrafo del artículo 35 de la Ley 1523 de 2012, establece que “la estrategia nacional para la respuesta a emergencias, como una acción de preparación para la respuesta que busca la efectividad de la actuación interinstitucional, en los tres niveles de gobierno, se centrará principalmente en la optimización de la prestación de servicios básicos durante la respuesta como accesibilidad y transporte, comunicaciones, evaluación de daños y análisis de necesidades, salud y saneamiento básico...”.

En desarrollo de dicha directriz, el MSPS y la Dirección de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, expidieron de manera conjunta la Circular 40 de 2014, con el fin de promover, de manera efectiva, la articulación de los integrantes del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre, con los diferentes actores del sector salud, teniendo claras las responsabilidades de estos últimos en los temas relacionados con el “direccionamiento y coordinación de la atención prehospitalaria, la atención en salud mental, la vigilancia epidemiológica en desastres y salud ambiental, entre otros asuntos”.

En este sentido, el Ministerio trabaja en el fortalecimiento de capacidades de las direcciones territoriales de salud, de manera coordinada con todas sus dependencias, 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 para atender adecuadamente a sus responsabilidades,

especialmente las relacionadas con los preparativos y la atención de emergencias en el territorio nacional.

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.

A continuación se presenta el informe sobre los recursos dispuestos en el Presupuesto General de la Nación, vigencia 2015–2016, para los programas de fortalecimiento del sector en temas relacionados con la gestión integral de los riesgos de desastres:

- **Recursos de funcionamiento**

**Programa atención emergencias sanitarias (rubro 3-2-5-7-10)**

En la vigencia 2015 se asignaron recursos por \$1.493 millones con el fin de apoyar las siguientes actividades:

- Se realizaron transferencias por \$490 millones, para el fortalecimiento de los Centros Reguladores Urgencias y Emergencias-CRUE, 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 (ver tabla siguiente).

**Tabla 22. Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva**

VIGENCIA	FORTALECIMIENTO	VALOR
2015	Secretaría Departamental de Salud de la Guajira	\$ 70.000.000
	Secretaría Departamental de Salud de Cauca	\$ 70.000.000
	Secretaría Departamental de Salud de Huila	\$ 70.000.000
	Instituto Departamental de Salud de Nariño	\$ 70.000.000
	Secretaría Departamental de Salud de Santander	\$ 70.000.000
	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia	\$ 70.000.000
	Secretaría Departamental de Salud de Meta	\$ 70.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$490.000.000</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres–MSPS. Resolución 120/2015

- 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 (ver tabla).

**Tabla 23. Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva**

VIGENCIA	FORTALECIMIENTO	VALOR
2015	Centro Nacional de Reserva	\$ 520.324.000
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 233.500.000
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 250.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 1.003.824.000</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres–MSPS, Resolución 120/2015

Para la vigencia 2016, se dispusieron recursos por \$1.549 millones de los cuales se aplazaron \$390 millones (Decreto 378 de 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 al 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 su calidad de vida.

En la vigencia 2015 se realizó una apropiación por \$10.000 millones, con los que se apoyaron 86 proyectos, en igual número de instituciones de salud del país (ver tabla).

**Tabla 24. Plan Nacional de Salud Rural, 2015, por tipo de proyecto**

DPTO./DISTRITO	Apoyo Infraestruc. en Salud	Dotación de equipos médicos	Otros (CRUE, Planta eléctrica)	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Unidad Médica Odontológ.	Total proyec.	Inversión total
ANTIOQUIA			70.000.000	1.330.000.000	55.000.000	20	1.455.000.000
ATLANTICO		370.000.000			280.000.000	3	650.000.000
BOLIVAR	205.000.000	300.000.000		350.000.000		9	855.000.000
BOYACA		264.400.000		130.000.000		3	394.400.000
CALDAS	300.000.000	570.000.000				4	870.000.000
CAUCA	250.000.000					1	250.000.000
CESAR		410.000.000				2	410.000.000
CHOCO				205.000.000		2	205.000.000
CORDOBA		200.000.000				1	200.000.000
CUNDINAMARCA		143.000.000				2	143.000.000
HUILA		600.000.000	100.000.000	435.000.000	200.000.000	13	1.335.000.000
LA GUAJIRA				50.000.000		1	50.000.000
MAGDALENA		100.000.000		170.000.000		3	270.000.000
META				70.000.000		1	70.000.000
NARIÑO				160.000.000	220.000.000	4	380.000.000
NORTE DE SANTANDER				70.000.000		1	70.000.000
PUTUMAYO				70.000.000	53.600.000	2	123.600.000

DPTO./DISTRITO	Apoyo Infraestruc. en Salud	Dotación de equipos médicos	Otros (CRUE, Planta eléctrica)	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Unidad Médica Odontológ.	Total proyec.	Inversión total
SANTANDER		160.000.000	60.000.000	70.000.000		3	290.000.000
SUCRE		600.000.000	50.000.000			3	650.000.000
TOLIMA		650.000.000	130.000.000		280.000.000	6	1.060.000.000
VALLE DEL CAUCA		200.000.000		69.000.000		2	290.000.000
<b>Total</b>	<b>755.000.000</b>	<b>4.567.400.000</b>	<b>410.000.000</b>	<b>3.179.000.000</b>	<b>1.088.600.000</b>	<b>86</b>	<b>10.000.000.000</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres–MSPS

Para la vigencia 2016 se disponen recursos por \$10.407 millones con el fin de apoyar las actividades de este programa.

### 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 2015, se realizó una apropiación de \$43.824 millones con los que se apoyaron 75 proyectos en igual número de instituciones de salud del país (ver tabla).

**Tabla 25. Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud, 2015, por tipo de proyecto**

DPTO./DISTRITO	Apoyo en programas de P y P	Apoyo Infraest. en Salud	Dotación de equipos médicos	Otros (CRUE, planta eléctrica)	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Unidad médica Odontol.	Proyectos	Inversión total
ANTIOQUIA			230		210	389	7	829
ATLANTICO			3.399				2	3.399
BOLIVAR		7.320		40			2	7.360
BOYACA					190		2	190
BUENAVENTURA	490						1	490
CALDAS					70		1	70
CAQUETA				280	220		3	500
CAUCA						70	1	70
CESAR			1.394	50			2	1.984
CHOCO	380	1.388	730		550		9	3.048
CORDOBA			321		140		3	461
CUNDINAMARCA			214				1	214
GUAINIA					157		1	157
GUAVIARE				p	100		1	100
HUILA				401	70		2	470

DPTO./DISTRITO	Apoyo en programas de P y P	Apoyo Infraest. en Salud	Dotación de equipos médicos	Otros (CRUE, planta eléctrica)	Transporte asistencias (TAB, TAM)	Unidad médica Odontol.	Proyectos	Inversión total
LA GUAJIRA					410	280	5	690
MAGDALENA					299		3	299
META					250		2	250
NARIÑO			415		170		5	585
NORTE DE SANTANDER			500	330	70		6	900
PUTUMAYO					70		1	70
RISARALDA		1.840	1.660				3	3.500
SUCRE		11.636	1.771				4	13.407
TOLIMA			100				1	100
VALLE DEL CAUCA		3.961	350		370		7	4.681
<b>Total</b>	<b>870</b>	<b>26.145</b>	<b>11.624</b>	<b>1.101</b>	<b>3.346</b>	<b>739</b>	<b>75</b>	<b>43.825</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres–MSPS

Para el año 2016, se disponen recursos por \$13.424 millones con el fin de apoyar las actividades de este programa.

- **Recursos de inversión**

### Proyecto asistencia y prevención de emergencias y desastres (rubro 320-300-2)

Para 2015 se asignaron recursos a este proyecto por \$1.000 millones de los cuales fueron aplazados \$300 millones (Decreto 0377 y 1340 de 2015) cuyo monto financia la ejecución de las siguientes actividades:

**Programa de actualización e implementación de planes hospitalarios para desastres:** El programa busca fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de servicios de salud ante emergencias y desastres. Durante 2015, fueron asignados recursos con la siguiente distribución (ver tabla).

**Tabla 26. Hospitales seguros frente a los desastres, 2015**

INSTITUCIÓN	RESOLUCIÓN	VALOR
Hospital Universitario de Santander	Resolución 5386 de 2015	60.000.000
Hospital San Jorge de Pereira	Resolución 5386 de 2015	42.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>102.000.000</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2015, Resoluciones 5386/2015

**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.

**Fortalecimiento Centro Nacional de Comunicaciones:** Se adquirieron equipos de radiocomunicación para las diferentes entidades del sector, con el fin de fortalecer la Red Nacional de Radiocomunicaciones, para brindar respuesta a la población colombiana en situaciones de emergencias y desastres.

**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 2016, se dispusieron recursos por \$2.600 millones, de los cuales se aplazaron \$145 millones (Decreto 378 de 2016).

**Proyecto mejoramiento de la red de urgencias (rubro 6-30-304-1-16)**

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

Para 2015 fueron asignados recursos por valor de \$16.359 millones, con los cuales se fortalecieron 70 instituciones del país (ver tabla).

**Tabla 27. Fortalecimiento de la red nacional de urgencias, 2015, por tipo de proyecto**

DEPARTAMENTO/ DISTRITO	Dotación equipo médico y de apoyo	Otros (planta eléctrica, comunicaciones)	Transporte asistencial (TAB, TAM)	Proyectos apoyados	Inversión total
ANTIOQUIA	299.849.152			1	299.849.152
BOGOTA	1.500.000.000			1	1.500.000.000
BOLIVAR	1.200.000.000			2	1.200.000.000
CAUCA	3.000.000.000		400.000.000	7	3.400.000.000
CHOCO			260.000.000	2	2.600.000.000
CUNDINAMARCA	499.997.100			1	499.997.100
HUILA	500.000.000			1	500.000.000
LA GUAJIRA	261.356.974			1	261.356.974
MAGDALENA			645.000.000	9	645.000.000
NORTE DE SANTANDER			390.000.000	4	390.000.000
PUTUMAYO	978.934.000		400.000.000	5	1.378.934.000
RISARALDA			950.000.000	11	950.000.000
SANTANDER			1.400.000.000	20	1.400.000.000
SUCRE	1.094.000.000			1	1.094.000.000

DEPARTAMENTO/ DISTRITO	Dotación equipo médico y de apoyo	Otros (planta eléctrica, comunicaciones)	Transporte asistencial (TAB, TAM)	Proyectos apoyados	Inversión total
VALLE DEL CAUCA	800.000.000	1.500.000.000	280.000.000	4	2.580.000.000
<b>Total</b>	<b>10.137.137.226</b>	<b>1.500.000.000</b>	<b>4.725.000.000</b>	<b>70</b>	<b>16.359.137.226</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres–MSPS

Para la vigencia 2016 se asignaron recursos por \$3.000 millones, con los cuales se pretende mejorar la prestación de servicios de urgencias, prehospituarios, hospitalarios del país y prepararlos para la atención de eventos catastróficos y de accidentes de tránsito.

### 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 2015, se asignaron recursos por \$500 millones de los cuales se aplazaron \$100 millones (Decreto 0377 y 1340 de 2015) y se desarrollaron las siguientes actividades:

- Transferencia de recursos a tres entidades territoriales para fortalecer y promover las formas y los procesos de participación y control social en la gestión territorial de la prestación de los servicios de salud (ver tabla):

**Tabla 28. Participación y control social en salud**

INSTITUCIÓN	RESOLUCIÓN	VALOR
Secretaría Departamental de Salud Cesar	Resolución 5407 de 2015	65.000.000
Instituto Departamental de Nariño	Resolución 5407 de 2015	35.000.000
Secretaría Departamental de Salud Quindío	Resolución 5407 de 2015	35.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>135.000.000</b>

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2015, Resolución 5407 /2015

- Fortalecimiento en asistencia técnica y capacidad institucional en temas relacionados con participación y control social en el territorio nacional.

En la vigencia 2016, este proyecto tiene una apropiación de \$200 millones, con una afectación por aplazamiento por \$40 millones (Decreto 378 de 2016).

## 5. PROTECCIÓN SOCIAL

### 5.1 Aseguramiento y afiliación

- Salud

La cobertura total pasó de un 96,6%, de la población en 2014, a un 97,6% en 2015. Así mismo esa cobertura, en lo corrido de los primeros cinco meses de 2016, se encuentra en 97,2% lo que evidencia un ascenso que se ha mantenido<sup>13</sup>. Lo anterior implicó pasar de una afiliación total de 46 millones de personas en 2014, a 46,7 millones en los cinco primeros meses de 2016, es decir, que alrededor de 700 mil colombianos adicionales están hoy afiliados a salud en poco más de un año.

**Tabla 29. Evolución cobertura afiliados a salud (2014–mayo de 2016).**

Descripción	2014	2015	2016
Afiliados activos R. Subsidiado – BDUA	22.882.669	23.179.801	22.936.575
Afiliados activos R. Contributivo - BDUA	20.760.123	21.453.376	21.324.992
Total Subsidiado + Contributivo	43.642.792	44.633.177	44.261.567
Total Población Colombia - DANE	47.661.787	48.203.405	48.203.405
<b>Cobertura Nacional (Subsidiado + Contributivo)</b>	<b>91,6%</b>	<b>92,6%</b>	<b>91,8%</b>
Total Excepción **	2.402.307	2.402.307	2.402.307
Total Subsidiado + Contributivo + Excepción	46.045.099	47.035.484	46.663.874
<b>Cobertura Nacional (S + C + E)</b>	<b>96,6%</b>	<b>97,6%</b>	<b>97,2%</b>

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – Cubo BDUA, bodega SISPRO, MSPS.

Fechas de corte: diciembre 2014, 2015 y mayo de 2016.

Fuente población: Proyecciones DANE 2005 a 2020.

\*\* La información de régimen de excepción corresponde a datos estimados tomados a partir de estudios especializados.

Se observa un crecimiento promedio anual entre 2014 y 2016 para el total de afiliados, incluyendo los regímenes de excepción, del 1%. Aunque el crecimiento en la cobertura ha sido sostenido, todavía quedan poblaciones, muchas de difícil identificación, que deben ser cubiertas por el aseguramiento.

Sobre la población no cubierta es importante anotar que la población pobre no afiliada, es decir, la población identificada en los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales-SISBEN (condición de elegibilidad para el subsidio en salud), que nunca ha estado afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no están cubiertas por los regímenes especiales o de excepción, ha venido reduciéndose de manera importante, pasando de 860 mil personas en 2014 a 750 mil personas para el 2015 y, finalmente, a cerca de 600 mil personas para 2016.

<sup>13</sup> La dinámica del empleo y por consiguiente la afiliación al sistema varía a través del año, siendo el mes de diciembre el utilizado para realizar comparaciones.

En este esfuerzo para reducir la brecha de cobertura la participación de las entidades territoriales ha sido fundamental; las nuevas herramientas incluidas en el Decreto 2353 de 2015, como la afiliación del recién nacido desde su nacimiento, la afiliación de oficio en el régimen subsidiado, la ampliación del grupo familiar y la adecuación de la figura del afiliado adicional, entre otras, son herramientas que permitirán seguir reduciendo el número de personas no cubiertas.

Finalmente, existen dos instrumentos importantes diseñados para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios que es importante señalar. El primero es el de la portabilidad y el segundo es el de la movilidad.

La portabilidad, reglamentada en el Decreto 1683 de 2013, es la garantía de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de tener acceso a la prestación de los servicios de salud en cualquier lugar del territorio nacional. Con el fin de facilitar y hacer uso de la portabilidad, los afiliados pueden realizar la solicitud en forma escrita, por correo electrónico, telefónicamente o directamente en la EPS. Con fecha corte a 2016, los ciudadanos han presentado más de 660 mil solicitudes de portabilidad, de las cuales el 35% corresponden al régimen subsidiado y el 65% al régimen contributivo.

El segundo instrumento es el de la movilidad, que permite a una persona cambiar de régimen sin tener que cambiar de EPS. Por ejemplo, una persona que pierde su empleo y cumple con los requisitos para estar en el régimen subsidiado, pueda hacer este tránsito sin tener que cambiar de EPS o una persona que está en el régimen subsidiado y adquiere un trabajo puede seguir en su EPS del subsidiado.

Las cifras muestran que el uso de la movilidad ha sido mucho más frecuente del régimen contributivo al subsidiado, alcanzando, para 2016, más de 1,2 millones de personas, mientras que la movilidad del subsidiado al contributivo registra más de 200 mil personas beneficiadas.

Es importante anotar que el Decreto 2353 de 2015 realizó algunas modificaciones al proceso para acceder a este mecanismo, con el propósito de articularlo con otros mecanismos, como la protección laboral y la protección al cesante y asegurar que dicho proceso respete en todo momento la voluntad de las personas.

- **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

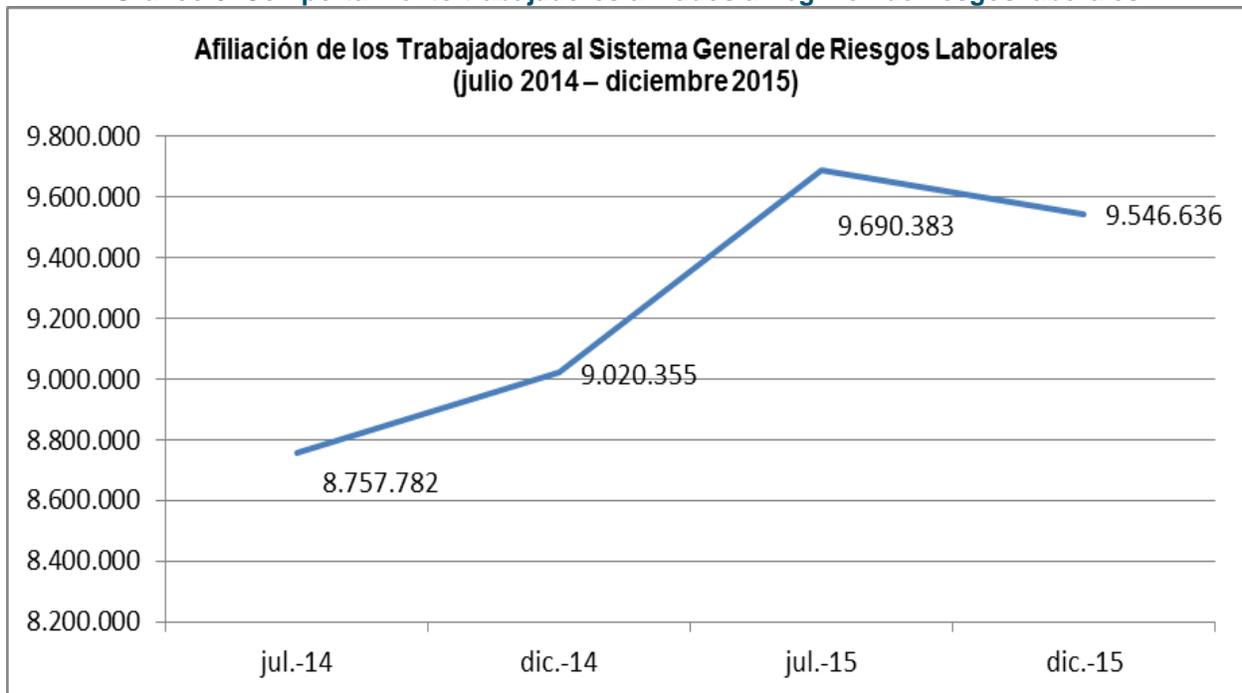
consecuencia del trabajo que desarrolla la población laboral colombiana. A diciembre de 2015 se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Laborales–ARL.

### Trabajadores afiliados

Para el cuatrienio 2014-2018 se estableció como meta aumentar en 1.800.000 el número de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. En el período comprendido entre julio de 2014 a diciembre de 2015, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 8.757.782 a 9.546.636 personas; representando un crecimiento del 9% (788.854 nuevos afiliados), lo que representa el 43,8% de la meta propuesta en el cuatrienio en el Plan de Desarrollo.

En el período comprendido entre julio y diciembre de 2015, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 9.690.383 a 9.546.636 personas, lo que se puede apreciar en la siguiente gráfica:

**Gráfico 6. Comportamiento trabajadores afiliados al régimen de riesgos laborales**



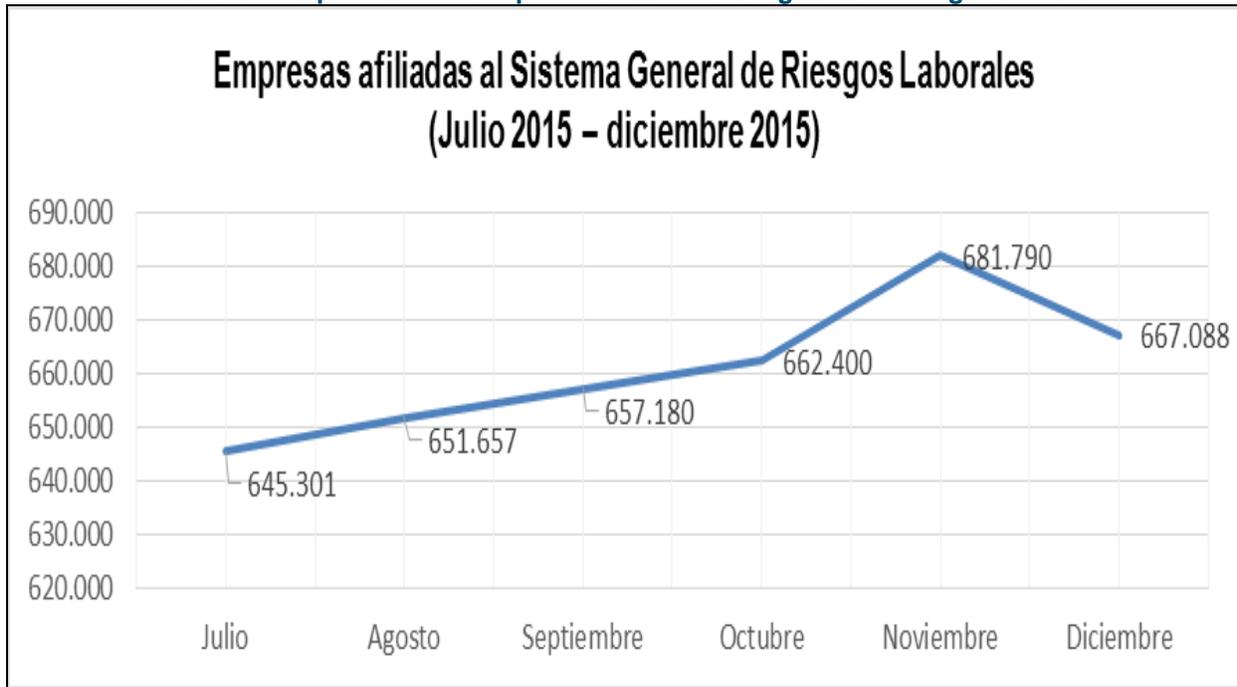
Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Subdirección de Riesgos Laborales–MSPS y administradoras de riesgos laborales.

### Empresas afiliadas

En el período julio–diciembre 2015, las empresas afiliadas al sistema pasaron de 645.301 a 667.088, presentado un aumento de 21.787 nuevas empresas que cuentan en este momento con el respaldo y los beneficios del sistema para sus afiliados, representando un crecimiento del 3,4%.

El comportamiento de la afiliación de las empresas al Sistema General de Riesgos Laborales en el período julio-diciembre de 2015, se puede apreciar en la siguiente gráfica:

**Gráfico 7. Comportamiento empresas afiliadas al régimen de riesgos laborales**



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

### **Salud y ámbito laboral**

De otro lado, se viene trabajando con las entidades territoriales de salud de los niveles departamental y distrital, bajo la Dimensión 8. Salud y Ámbito Laboral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la metodología e instrumentalización que permita la intervención de la población trabajadora informal a nivel territorial, de acuerdo con los lineamientos operativos definidos en la dimensión.

Con el propósito de adelantar por dichas entidades acciones que propendan por el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

- **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.

### Cobertura de afiliación en el Sistema General de Pensiones

De acuerdo con la información de la Superintendencia Financiera de Colombia, a 2016, se cuenta con 19,6 millones de afiliados al Sistema General de Pensiones, que representa el 82% de la población económicamente activa, de los cuales 13,3 millones están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, equivalente al 68% del total y 6,3 millones de afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, que representa el restante 31% de los afiliados.

En el período 2014–2016, el número de afiliados en el régimen de Ahorro Individual fue de 800.413 (correspondiente al 6% de los afiliados) y en el régimen de Prima Media con Prestación Definida 268.749 personas (que corresponde al 4% de los afiliados).

**Tabla 30. Cobertura de afiliados al Sistema General de Pensiones**

Régimen	Marzo 2004	2016
Régimen de Prima Media con Prestación de Servicios	6.601.390	6.330.147
Régimen de Ahorro Individual	12.538.226	13.338.639

Fuente: MSPS

### Normas que se trabajaron en el período

**Tabla 31. Relación de normas relativas al Sistema General de Pensiones**

Norma	Descripción
Decreto 1768 de 2015	“Por el cual se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela”
Resolución 4285 de 2015	“Por la cual se establecen los anexos técnicos para el reporte de la información por parte de las asociaciones, agremiaciones y comunidades religiosas que afilian colectivamente a sus miembros al Sistema de Seguridad Social Integral”
Decreto 2353 de 2015	“Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud”
Resolución 974 de 2016	Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Fuente: MSPS

## Reglamentación de la Ley 1562 de 2012 a cargo del MSPS

**Tabla 32. Reglamentación de normas relativas al Sistema General de Riesgos Laborales**

Artículo de la Ley 1562 de 2012	Plazo	Norma expedida
Artículo 23 de la Ley 1562 de 2012	Término de 6 meses	<b>Resolución 4502 de 2012</b> , “Por la cual se reglamenta el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional y se dictan otras disposiciones”
Numerales 1 y 5 del literal a) del artículo 2 de la Ley 1562 de 2012	No tenía plazo	<b>Decreto 723 de 2013</b> , Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones
Artículo 4° de la Ley 1562 de 2012.	Por lo menos cada tres (3) años	<b>Decreto 1477 de 2014</b> , Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales
Numeral 4, literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012	Dentro del año siguiente a la publicación de la presente ley	<b>Decreto 055 de 2015</b> , Por el cual se reglamenta la afiliación de estudiantes al Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones

Fuente: MSPS

### • **Decretos y resoluciones en trámite a expedir**

- Proyecto de Decreto “Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”.
- Proyecto de Decreto “Por medio del cual se regulan las relaciones y acuerdo de voluntades entre entidades responsable de pago y prestadores de servicios de Salud en el marco de la Política de Atención Integral en Salud”.
- Proyecto de Decreto de Ingreso Base de Cotización –IBC de independientes por el cual se reglamenta lo ordenando en el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015.
- Proyecto de Decreto Afiliación de los miembros voluntarios activos convocados por el subsistema Nacional de Primera Respuesta al Sistema General de Riesgos Laborales.
- Proyecto de Decreto Afiliación de los trabajadores independientes e informales al Sistema General de Riesgos Laborales.
- Proyecto de Decreto sobre procedimiento para determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias.
- Proyecto de Decreto “Por el cual se reglamenta el flujo de recursos y reembolsos de prestaciones asistenciales entre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, reglamentario del artículo 24 de la Ley 1562 de 2012”
- Proyecto de Resolución por la cual se establecen los requisitos mínimos que deben cumplir las personas naturales y jurídicas para la expedición, renovación y

modificación de la licencia de seguridad y salud en el trabajo y el registro de licencias de seguridad y salud en el trabajo “RELISST”.

## 5.2 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 2015, estos recursos ascendieron a \$38,6 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del SGSSS de 3,7% con respecto a la vigencia 2014. A dicha variación contribuyeron principalmente los aportes de la Nación con 2,59 puntos porcentuales (pp.), las cotizaciones que aportaron 1,83 pp., los recursos del impuesto CREE con 1,35 pp., los recursos de los regímenes de excepción con 1,01 pp, y los recursos por el Sistema General de Participaciones con 0,97 pp. Los demás rubros tuvieron un aporte inferior a 0,6 pp.

Por el contrario, rubros como los excedentes financieros del Fosyga, los recursos por Cajas de Compensación Familiar y los recursos de regalías y esfuerzo propio, restaron en la variación total 5,04, 0,64, 0,03 y 0,02 puntos porcentuales, respectivamente.

Los excedentes de los recursos del FOSYGA disminuyeron debido a su uso en vigencias anteriores para que concurrieran en la financiación de la universalización de la cobertura y unificación del plan de beneficios, mientras los recursos por regalías descendieron debido a lo dispuesto en el artículo 145 de la Ley 1530 de 2012, los cuales se compensarían con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN).

A continuación se detallan las fuentes que financian el sector para las vigencias 2014 y 2015, así:

**Tabla 33. Fuentes de recursos del SGSSS, 2014–2015**  
(Millones de pesos y porcentajes)

Fuentes	2014	2015	Part. 2015 (%)	Contr. al total
Cotizaciones	14.187.069	14.870.373	38,48	1,83
Impuesto CREE	5.545.063	6.048.565	15,65	1,35
Régimen de excepción	485.296	859.899	2,23	1,01
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	376.179	462.048	1,2	0,23
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	648.080	409.359	1,06	(0,64)
Sistema General de Participaciones (SGP)	6.662.220	7.021.826	18,17	0,97
Rentas cedidas	1.431.359	1.651.975	4,27	0,59
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.086.152	1.223.006	3,16	0,37
Subcuenta de Garantías para la Salud FOSYGA	744.540	875.086	2,26	0,35
Excedentes financieros FOSYGA	2.402.469	524.414	1,36	(5,04)
Regalías	116.731	106.791	0,28	(0,03)
Esfuerzo propio	88.459	81.382	0,21	(0,02)
Recursos de la Nación Ley 1393 de 2010	805.000	859.499	2,22	0,15

Fuentes	2014	2015	Part. 2015 (%)	Contr. al total
Aportes de la Nación - FOSYGA	2.682.620	3.649.136	9,44	2,59
<b>Total recursos según fuentes</b>	<b>37.261.236</b>	<b>38.643.359</b>	<b>100,00</b>	<b>3,71</b>

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

Notas:

Cifras preliminares sujetas a revisión. La contribución al total calcula la contribución de la variación porcentual por cada una de las fuentes de financiamiento.

Frente al uso de estos recursos, su destinación es principalmente la financiación del régimen contributivo, con un 44,6%, seguido del régimen subsidiado, con el 39,4%. Así mismo, en menor proporción, se destinan al pago de recobros por medicamentos No-POS (6,7%), la salud pública y los programas de prevención y promoción (4,3%) y, la subcuenta de garantía para la salud (2,2%), como se detalla en la siguiente tabla.

Para el año 2015, se ejecutaron \$36,88 billones de los recursos del SGSSS, lo que representó un incremento de 2,79%, con respecto a la vigencia del 2014. No obstante, en términos de crecimiento por Régimen entre el 2014 y 2015, el Contributivo presentó un crecimiento de 7,84%, frente a 3,77% del Régimen Subsidiado.

**Tabla 34. Usos del SGSSS, 2014–2015**  
(Millones de pesos y porcentajes)

Usos	2014	2015	Part. (%)
Régimen subsidiado	14.023.192	14.543.875	39,43
Régimen contributivo	15.246.619	16.441.681	44,57
Prestación de servicios población pobre no asegurada	1.270.037	459.341	1,25
Salud pública y promoción y prevención	1.679.501	1.596.051	4,33
Recobros por medicamentos no-POS y fallos de tutela	2.347.520	2.458.669	6,67
Reconocimiento prestaciones de servicios no contenidos en el plan de beneficios – Art. 111 y 122 del Decreto–Ley 19 de 2012.	107.488	106.574	0,29
Cobertura ECAT	208.776	156.128	0,42
Otros usos en salud	43.556	47.825	0,13
Subcuenta de Garantía para la salud	744.540	827.988	2,24
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	215.320	248.507	0,67
<b>Total recursos según usos</b>	<b>35.886.547</b>	<b>36.886.640</b>	<b>100,00</b>

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

Nota: Cifras preliminares sujetas a revisión

- **Sistema General de Participaciones (SGP)**

De acuerdo con la distribución de los documentos CONPES 177 de 2014 y 179 de 2015, para la vigencia 2015, se tuvo una distribución de \$7 billones y, de acuerdo a los documentos de

distribución 04 de 2015, 05 y 06 de 2016, para 2016 de 7,6 billones, como se muestra a continuación:

**Tabla 35. Sistema General de Participaciones 2015**  
(Millones de pesos)

Concepto	Valor
Sistema General de Participaciones - Demanda	5.541.563
Sistema General de Participaciones - Oferta	735.574
Sistema General de Participaciones - Salud Pública	702.183
Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud-FONSAET	42.506
<b>Total asignado</b>	<b>7.021.827</b>

Fuente: CONPES 177 de 2014 y 179 de 2015

**Tabla 36. Sistema General de Participaciones 2016**  
(Millones de pesos)

Concepto	Valor
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

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 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 del régimen subsidiado**

Para el año 2015, los reconocimientos de Unidad de Pago por Capitación (UPC) ascendieron a \$14,4 billones, correspondiente a 23,2 millones de afiliados, costo que para el 2016 se estima en \$15,9 billones para una población estimada en 23,6 millones de afiliados.

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

del impacto de la igualación total de las primas, al momento de extenderlo al total de país.

Para 2016 se continúa con el plan de igualación para las mismas ciudades. Sin embargo, la implementación gradual de la igualación de primas a partir de 2013 incrementó el costo de manera importante para el régimen subsidiado, el cual se ha venido asumiendo 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 requerirá de mayores aportes de la Nación con el propósito de garantizar el aseguramiento.

Para el año 2016 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 2015.

- **Resultado del régimen contributivo**

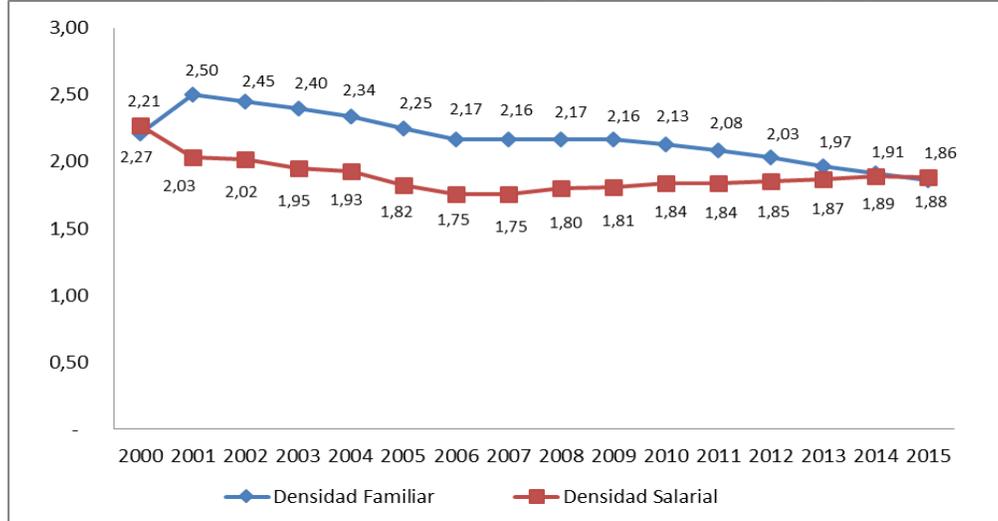
Para el año 2015 el balance corriente de la Subcuenta de Compensación, que se establece a partir de las variables resultantes de la ejecución del proceso de giro y compensación fue superavitario en \$92.044 millones.

Este balance positivo es el resultado de la dinámica del crecimiento económico (3,6%), el descenso en la tasa de desempleo (8,9%), inferior en 0,2 puntos porcentuales con respecto al año anterior y el mejoramiento en la calidad del ingreso que se refleja en el crecimiento del Ingreso Base de Cotización (8,5% respecto al año anterior) por encima del crecimiento del salario mínimo.

Lo anterior se ve reflejado en una disminución de la densidad familiar (al cierre de 2015, se ubicó en 1,86, inferior en 2,55% respecto al año inmediatamente anterior) y el comportamiento estable de la densidad salarial (1,88, manteniéndose al mismo nivel del promedio de los dos últimos años), variables que en conjunto permiten sostener el superávit corriente de la Subcuenta de Compensación.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, en el periodo 2009-2015 la densidad familiar ha tenido un comportamiento descendente. Entre 2009–2014 la densidad salarial viene aumentando mientras que en 2015 hubo un leve descenso en dicho indicador, lo cual puede deberse a los drásticos cambios en la coyuntura económica del país.

**Gráfico 8. Evolución Densidad Familiar (DF) y Densidad Salarial (DS) 2000–2015**



Fuente: Base de Datos Compensación, FOSYGA

### Incapacidades por enfermedad general

A partir de enero de 2015, la provisión para el pago de incapacidades por enfermedad general se incrementó al 0,3% (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, esto en razón al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.

Se estima que para 2016 el pago de incapacidades alcance \$618,9 millones, cifra que se espera supere el total para 2015.

### **5.3 Recuperación y estabilización financiera**

El MSPS 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 responder a más de un tipo de medida.

- **Medidas de liquidez**

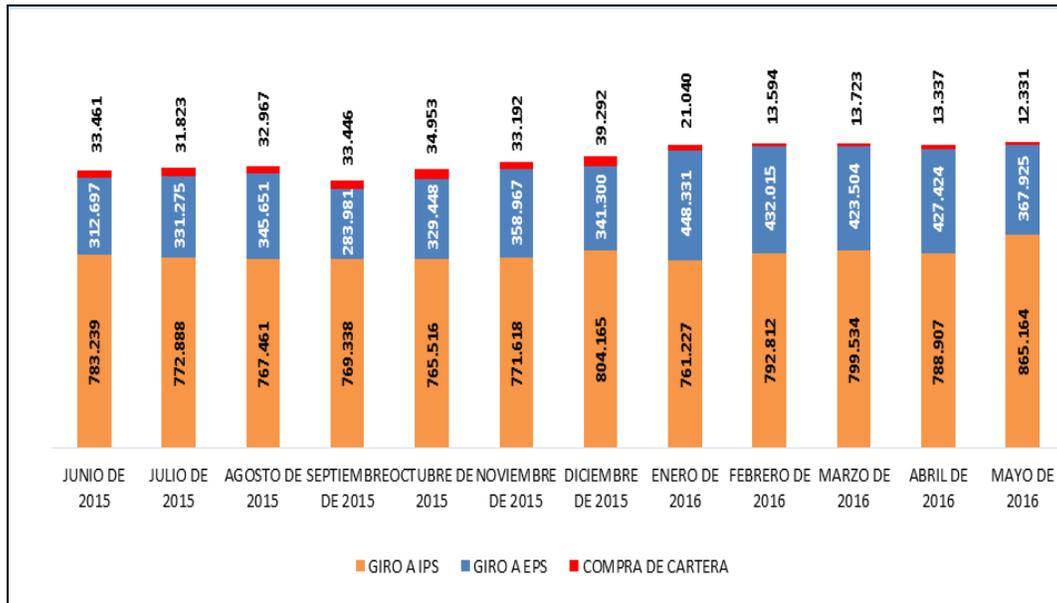
### **Giro directo – Régimen subsidiado**

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) 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 (EPS), 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, aportes del PGN y recursos transferidos por Coljuegos, 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 2015 y mayo de 2016 se han girado \$13,8 billones, de los cuales el 67% se han girado a las IPS. En total, desde la aplicación de la medida en abril de 2011, se han girado \$53,4 billones, de los cuales 65% han sido para la red prestadora.

### **Gráfico 9. Evolución giro directo IPS y EPS**



Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016. 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, \$313.159 millones, que corresponden al 2,2% de los recursos girados directamente a las IPS.

Del total de los recursos girados a IPS (\$9,4 billones), el 50,9% se giró a las IPS privadas, seguido de un 47,6% a las IPS públicas y un 1,6% a IPS de carácter mixto.

**Tabla 37. Giro directo IPS**  
(Cifras en millones de pesos)

Tipo de prestador	Giro directo	%
Mixta	\$4.802.904	1,58%
Privada	\$149.064	50,87%
Pública	\$4.489.901	47,55%
<b>TOTAL</b>	<b>\$9.441.869</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: MSPS (a mayo de 2016)

### 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 UPC reconocida a las IPC a través del FOSYGA.

Como consecuencia a esta disposición, el MSPS expidió el Decreto 2464 de 2013, donde se define el procedimiento para el giro directo de estas EPS en medidas de

intervención. Posteriormente, las Resoluciones 654 y 1569 de 2014 establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS potencialmente beneficiarias.

Como resultado de la aplicación de la reglamentación, el giro a las IPS habilitadas para el giro directo en el régimen contributivo comenzó a partir de junio de 2014 con las EPS Cafesalud, Cruz Blanca y Saludcoop, hoy en liquidación. El valor total girado entre junio de 2015 a mayo de 2016 es de \$2.847.238 millones de pesos. A continuación se presenta un resumen del valor total girado por EPS:

**Tabla 38. Giros vigencia 2016**  
(Cifras en millones de pesos)

80% UPC neta vigencia 2016 - proceso de compensación	
CAFESALUD	\$1.108.558
CRUZ BLANCA	\$129.810
<b>TOTAL*</b>	<b>\$1.238.368</b>

Fuente: MSPS (1 de enero a 31 de mayo de 2016)

**Tabla 39. Giros vigencia 2015**  
(Cifras en millones de pesos)

80% UPC neta vigencia 2015 - proceso de compensación	
CAFESALUD	\$398.107
CRUZ BLANCA	\$164.046
SALUDCOOP	\$1.046.717
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.608.870</b>

Fuente: MSPS (1 de Junio a 31 de diciembre de 2015)

Finalmente, se precisa que en el marco del artículo 10° de la Ley 1608 de 2015, se han girado \$4.992.677 millones a la red prestadora de servicios de salud.

### Compra de cartera

Es el mecanismo diseñado por el MSPS en el marco del artículo 9° de la Ley 1608 de 2013, para que las IPS puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las 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 mayo de 2016, se han aprobado 1.745 operaciones de compra de cartera por \$1.566.180 millones, en las que se han beneficiado 409 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 abril de 2016.

**Tabla 40. Estado operaciones aprobadas, por régimen**

(Cifras en millones de pesos)

Régimen	Valor de compra de cartera	% participación
Contributivo	816.001	52,1%
Subsidiado	750.179	47,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1.566.180</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: MSPS–Corte a mayo de 2016

**Tabla 41. Operaciones aprobadas, por tipo de IPS**

(Cifras en millones de pesos)

Tipo entidad	Valor de compra de cartera	% participación
Mixta	99.015	6,3%
Privada	787.523	50,3%
Pública	679.642	43,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1.566.180</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: MSPS–Corte a mayo de 2016

De lo anterior, se precisa que 148 IPS (77 públicas, 69 privadas y 2 mixtas), se beneficiaron de 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, asignados a instituciones prestadoras de 29 departamentos. Las IPS públicas se beneficiaron con operaciones por un valor total de \$109.946 millones; 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 año 2015 quedaron contenidos en las Resoluciones 2826, 3169 y 3261 del mismo año.

**Tabla 42. Compra de cartera extraordinaria**

(Cifras en millones de pesos)

Compra	Valor
ASMET SALUD ESS EPS	\$9.947
CCF DE CARTAGENA COMFAMILIAR	\$3.615

CAPRECOM EPS	\$74.896
COMFACOR EPSS	\$6.934
COOMEVA EPS	\$40.404
COOSALUD EPS	\$1.047
ECOOPSOS EPSS	\$4.057
EMDISALUD EPS	\$1.999
EMSSANAR ESS	\$6.506
EPS FAMISANAR	\$2.871
NUEVA EPS	\$25.097
PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA	\$200
SALUDCOOP EPS	\$23.449
SALUDVIDA EPS	\$14.515
SAVIA SALUD EPS	\$19.515
<b>Total</b>	<b>\$235.051</b>

Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016

### Líneas de crédito con tasa compensada

El MSPS, con fundamento en el artículo 4° del Decreto 1681 de 2015, 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 generar liquidez y al saneamiento de pasivos de las EPS e IPS.

Para su implementación, el Ministerio expidió la Resolución 3460 de 2015, mediante la cual se estableció el procedimiento, las condiciones, los requisitos, los criterios de viabilidad y el seguimiento de dicha línea de crédito, destinada a otorgar liquidez y al saneamiento de los pasivos del sector salud, con una inversión inicial de \$100 mil millones que apalancará créditos por \$800 mil millones.

Posteriormente, fue modificada por las Resoluciones 5588 de 2015 y 1121 de 2016, las cuales permiten el acceso a IPS privadas y mixtas que presten servicios ambulatorios y domiciliarios.

Con estas resoluciones, se inyectaron \$40.000 y \$20.000 millones que pueden apalancar créditos por \$334.000 y \$180.000 millones, respectivamente. Para un total general de la línea de crédito que asciende a \$1,3 billones.

**Tabla 43. Créditos FINDETER**

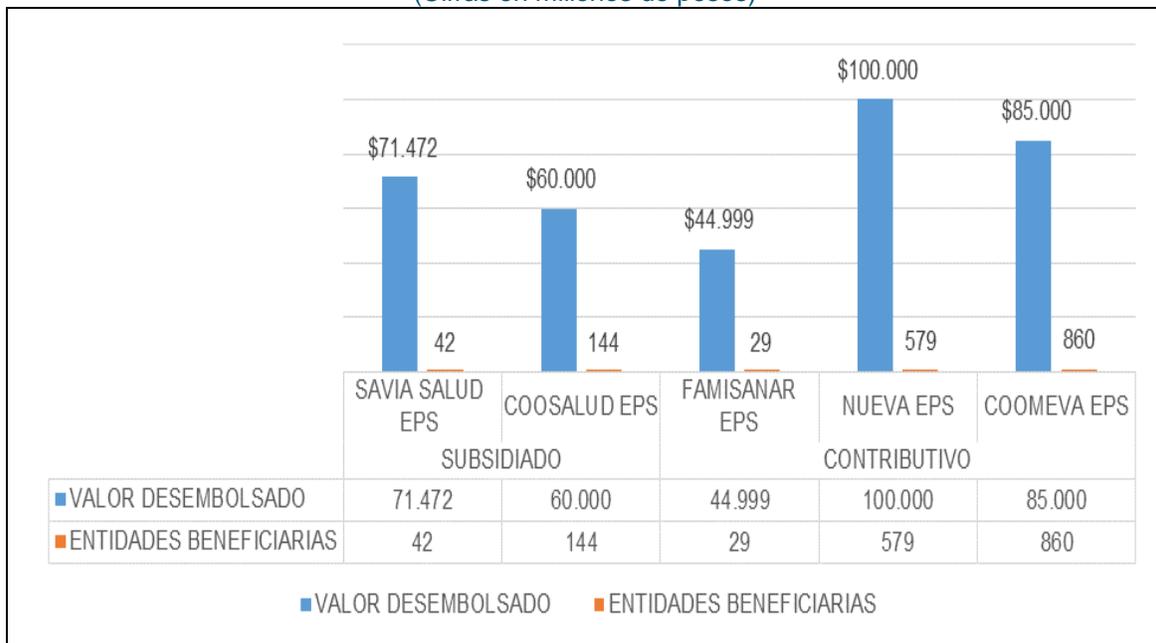
(Cifras en millones de pesos)

EPS e IPS	Valor
COOSALUD EPS-S	\$60.000
SAVIA SALUD EPS	\$71.472
FAMISANAR	\$44.999
NUEVA EPS	\$100.000
COOMEVA EPS	\$85.000
<b>TOTAL FINDETER EPS</b>	<b>\$361.471</b>
LINEA 1 IPS	\$134.920
LINEA 2 IPS	\$322.415
<b>TOTAL FINDETER IPS</b>	<b>\$457.335</b>
<b>Total</b>	<b>\$818.806</b>

Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016

De la anterior gráfica se evidencian los créditos aprobados a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, por valor total de \$361.472, los cuales beneficiaron a 1.654 entidades entre prestadores y proveedores.

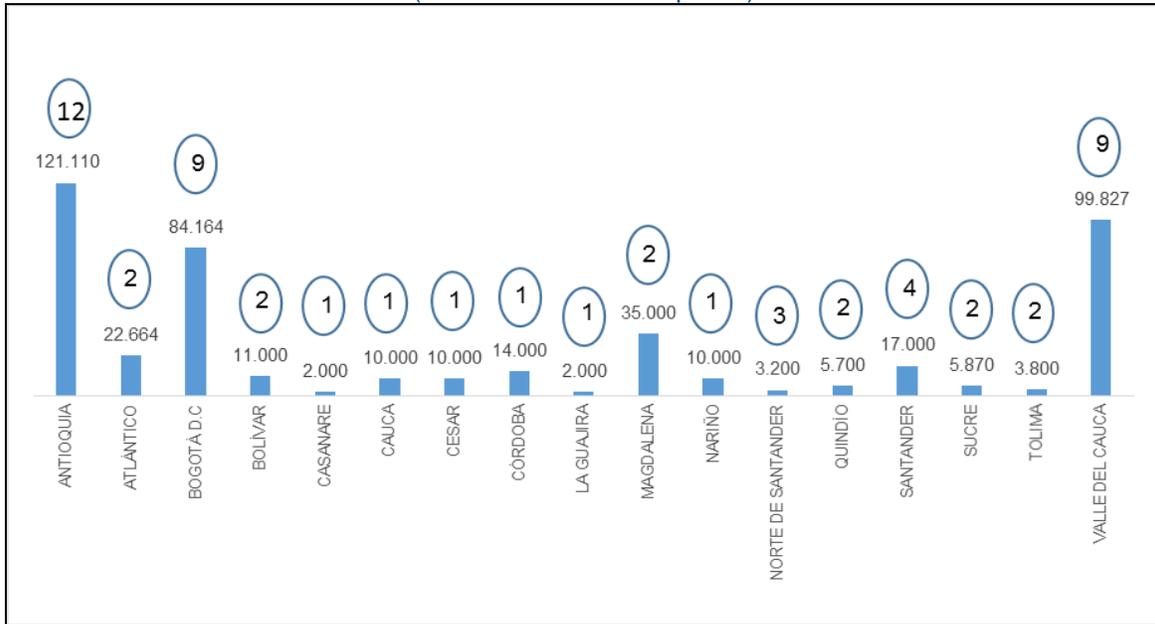
**Gráfico 10. Desembolso a beneficiarios, por EPS**  
(Cifras en millones de pesos)



Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016

Así mismo, de los créditos aprobados directamente a las IPS se desembolsaron \$457.335 millones, que beneficiaron a 55 entidades.

**Gráfico 11. Desembolso a IPS**  
(Cifras en millones de pesos)



Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016

- **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° y la obligación de las entidades territoriales, de reportar los planes de aplicación y ejecución de los recursos establecida en el artículo 12° de la Ley 1608 de 2013, el MSPS expidió las Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014. En dichas resoluciones se establecieron los términos y condiciones para el reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado.

Producto de las mencionadas resoluciones, 1.030 entidades territoriales, reportaron la información correspondiente al plan de aplicación de recursos de excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado, evidenciándose que los municipios tenían excedentes en las cuentas maestras, a diciembre de 2013, que podían ser utilizados según la ley y que ascienden a cerca de \$1,5 billones.

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

**Tabla 44. Plan de aplicación. Excedentes de cuentas maestras, Rég.Subsidiado–Art. 2, Ley 1608 de 2013.**

(Cifras en millones de pesos)

Usos	Plan de aplicación 2014	Porcentaje
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	\$116.020	7,79%
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.	\$242.205	16,26%
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.	\$354.171	23,78%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	\$766.860	52,16%
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	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.489.256</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Entidades territoriales–Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014.

Así mismo, en el marco del artículo 2° de la Ley 1608 de 2013, las entidades territoriales debían reportar a diciembre de 2015, la información sobre la ejecución de los excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado. La información reportada al MSPS evidenció que la ejecución de excedentes en las cuentas maestras del régimen subsidiado, ascendía a \$774.200 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 45. Ejecución de excedentes de cuentas maestras del Rég. Subsidiado–Art. 2, Ley 1608/13.**

(Cifras en millones de pesos)

Usos	Plan de aplicación	Ejecución consolidada a Dic./15	Porcentaje ejecución
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del régimen subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	\$116.020	\$75.366	64,96%
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.	\$242.205	\$220.595	91,08%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado (ESE) categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	\$354.171	\$195.703	55,26%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	\$766.860	\$282.535	36,37%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías	\$0	\$0	

Usos	Plan de aplicación	Ejecución consolidada a	Porcentaje ejecución
especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del régimen subsidiado en salud.			
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.489.256</b>	<b>\$774.200</b>	<b>51,99%</b>

Fuente: Entidades 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 recursos de aportes patronales–excedentes CAJANAL

Con relación al numeral 2° del artículo 3° de la Ley 1608 de 2013, fue expedido el Decreto 1095 de 2013, en el cual se reglamenta dicho numeral, dejando en cabeza del MSPS la competencia para distribuir los recursos provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL EPS, de conformidad con las reglas previstas en la ley.

En desarrollo del mencionado decreto, el MSPS expidió la Resolución 3243 de 2013, en la cual se establecen los montos distribuidos a cada entidad departamental y distrital, así como el procedimiento de reporte de información para el giro a los prestadores de servicios de salud.

Estos son los criterios de distribución definidos en el mencionado artículo: i) 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país; y, ii) 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49° de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

El monto final de los excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL EPS, asciende a \$70.548 millones, monto que incluye los activos remanentes y los rendimientos financieros causados hasta la fecha de giro al mecanismo de recaudo y giro creado por el artículo 31° de la Ley 1438 de 2011, los cuales se están girando de acuerdo con las necesidades de las entidades territoriales.

Finalmente, con corte a mayo de 2016, de conformidad con las solicitudes efectuadas por las entidades territoriales, se han girado \$54.224 millones, equivalentes al 76,9% de los recursos asignados en la resolución

### Deudas por contratos de aseguramiento del régimen subsidiado

El artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 estableció que en el caso que las entidades territoriales adeuden los recursos del régimen subsidiado a las EPS por contratos realizados hasta marzo de 2011, el Gobierno Nacional, en aras de salvaguardar la sostenibilidad del sistema y garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por SGP de propósito general de libre de inversión, regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional.

El Decreto 1080 de 2012 reglamentó dicho procedimiento y estableció, entre otros aspectos, que las entidades territoriales debían determinar las deudas por contratos de aseguramiento que fueron suscritos hasta el marzo de 2011 y enviar la información correspondiente a las EPS con quienes suscribieron los contratos.

Así mismo, debían remitir al MSPS la información de las deudas reconocidas y no pagadas con los recursos disponibles en las cuentas maestras de los municipios. De igual forma, se exigió que los municipios que manifestaran no tener deudas enviaran el reporte informando tal situación.

En respuesta a los procedimientos y requerimientos de información determinados a través de la Resolución 1302 de 2012, las entidades territoriales y las EPS remitieron la información de las deudas reconocidas por contratos de aseguramiento, así como las deudas que no fueron posibles de pagar con los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado.

A continuación se presenta el resumen de la información recibida por parte de las entidades territoriales y EPS, en el marco del Decreto 1080 de 2012:

**Tabla 46. Resultados Decreto 1080 de 2012 y 058 de 2015**  
(Cifras en millones de pesos)

Decreto	Información reportado por la EPS			Valor deudas reconocidas no pagadas		Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)*
	Deuda reconocida ET	Valor deudas pagadas cuenta maestra	Valor no reconocido por la ET	Reportado por ET	Reportado por EPS	
1080/ 2012	530.609	105.775	218.714	359.698	424.829	320.847
058 / 2015	-	-	67.917	59.261	70.784	29.174

Fuente: Entidades territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012 y Anexos 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015

De otra parte, el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013 autorizó al Ministerio para disponer, por una sola vez, de recursos del FOSYGA, hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000) para que las entidades territoriales del orden municipal de categorías 4, 5 y 6, puedan atender las deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud, en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos.

Así mismo, determinó que los recursos asignados deben ser restituidos en un plazo máximo de diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del régimen subsidiado de salud.

En este contexto, el Ministerio ha realizado la asignación de \$129.707 millones a 226 entidades territoriales. Con corte a mayo de 2016, se tienen el siguiente estado de las deudas:

**Tabla 47. Estado actual deudas reconocidas no pagadas—Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015**  
(Cifras en millones de pesos)

Decreto	Valor de la deuda reconocida a no pagada (menor valor)	Pagos cuenta maestra (CM)	Deuda reconocida a menos pagos CM	Asignación recursos FOSYGA (Art. 5 L. 1608/ 13)	Asignación FAEP	Descuentos SGP 2014-2015	Regalías	Lotto en línea 2014 y 2015	Deuda mayo /2016	% Avance estado de deuda
1080 de 2012	320.847	36.319	284.528	120.319	41.355	61.623	224	13.605	47.402	85,2%
058 de 2015	29.174	19	29.155	9.387	39	3.212	-	3.264	13.253	54,6%

Fuente: Entidades territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012 y Anexos 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015

En el marco del ejercicio de la determinación de la deuda y los pagos de las mismas, el MSPS ha remitido a los organismos de control la información de las deudas reconocidas en el marco de dicho decreto. Se precisa que los contratos del régimen subsidiado tenían disponibilidades presupuestales al momento de su suscripción y en consecuencia es necesario que los organismos de control revisen la situación respecto a los recursos del sistema de salud.

Finalmente, se precisa que la información de este procedimiento fue remitido a la Contraloría General de la República y Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto que adelanten las intervenciones a que haya lugar en el marco de sus competencias.

### **Mecanismos excepcionales de saneamiento de cuentas—recobros por tecnologías en salud No-POS**

Con el fin de continuar asegurando la sostenibilidad financiera del SGSSS, se reglamentó en el año 2015, a través de la expedición de las Leyes 1737 de 2014 y 1753 de 2015, los mecanismos para que las entidades recobrantes presenten nuevamente al FOSYGA aquellos recobros que fueron glosados por presentación extemporánea y aquellos glosados por no cumplir con la totalidad de los requisitos establecidos en la normatividad aplicable al momento de la presentación —glosa transversal—.

Estos mecanismos adoptados en la normativa mencionada, corresponden a medidas encaminadas al saneamiento de cuentas y son coherentes con las iniciativas que el Gobierno Nacional implementó en el marco de lo previsto en los Artículos 111 y 122 del

Decreto Ley 019 de 2012 y en el Artículo 11 de la Ley 1608 de 2013, que permitieron aprobar recursos por valor de \$426 mil millones, que fueron girados directamente a la red de IPS.

Como resultado de la adopción de estas medidas en el año 2015, las entidades recobrantes han presentado solicitudes de recobro y los recursos que resultaron aprobados se autorizaron de manera directa a favor de las IPS, como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 48. Mecanismos de saneamiento de cuentas**  
(Cifras en miles de millones de pesos)

Mecanismo	Glosa	Valor recobrado	Valor aprobado
Ley 1737 de 2014	Extemporaneidad	118	89
Ley 1753 de 2015	Transversal*	14	6
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>95</b>

Fuente: Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social–MSPS

\* Nota: Para la glosa transversal se habilitaron períodos de radicación para el 2016.

### Compra de títulos de deuda subordinada

El Gobierno Nacional reglamentó el artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 mediante la expedición del Decreto 1681 de 2015<sup>14</sup>, en armonía con lo previsto en el inciso 3 del artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, con el objeto de salvaguardar el servicio público de salud y fomentar el fortalecimiento financiero de los aseguradores y prestadores de servicios de salud, mediante el uso de los recursos recaudados en la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA.

Por su parte, el artículo 8° del Decreto 1681 de 2015 estableció la posibilidad, a través de la Subcuenta de Garantía de Salud, de adquirir títulos de deuda subordinada para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.

A través de la Resolución 4385 de 2015 se establecieron las condiciones para la suscripción de título de deuda subordinada por parte del Ministerio. Dicha resolución indicó las condiciones que debían cumplir las EPS en cuanto a la cantidad de afiliados del SGSSS, las condiciones financieras de los títulos, la carta de invitación para la adquisición de los títulos, los criterios a revisar por parte del MSPS, así como las condiciones del convenio de desempeño que debía suscribir la entidad a la cual el Ministerio le comprara los títulos.

Una vez cumplida con las condiciones establecidas por la mencionada resolución, el Ministerio, con fundamento en la Resolución 4737 de 2015, aceptó la carta de invitación

<sup>14</sup> “Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía–FOSYGA”.

de la suscripción de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones–BOCAS de Cafesalud y adquirió los títulos 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 (ver tabla).

**Tabla 49. Giros Recursos Bocas**  
(Cifras en millones de pesos)

Giro	Valor
CAFESALUD (1er. giro)	\$20.448
CAFESALUD (2º. giro)	\$116.693
CAFESALUD (3er. giro)	\$32.652
<b>Total BOCAS</b>	<b>\$169.791</b>

Fuente MSPS, corte a mayo de 2016

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

### Saneamiento de aportes patronales

Con el propósito de adelantar el saneamiento de aportes patronales girados con el situado fiscal antes del 2001 y los recursos del SGP del 2001 al 2011, la Ley 1438 de 2011 estableció en el artículo 85 que las administradoras que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del situado fiscal y del SGP, las direcciones territoriales de salud, las IPS públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el MSPS

El Ministerio ha realizado el seguimiento al proceso de saneamiento de los aportes patronales de los que se refiere el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 y tramitado las siguientes normas con el propósito de direccionar y ajustar los procedimientos para darle cumplimiento a la mencionada norma.

Mediante las Leyes 1687 de 2013 y 1737 de 2014, se ha viabilizado la continuidad del proceso de saneamiento que beneficiará fundamentalmente a los trabajadores de los hospitales públicos del país y al saneamiento de las mismas instituciones.

En este contexto, una vez realizado el cruce de la información reportada por los empleadores y las administradoras, se presenta un reporte de 1.058.693, registros de aportes patronales no saneados coincidentes, que corresponden a \$44.939 millones de aporte patronal de deuda de las empleadoras y a \$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 \$23.893 millones. En este contexto, 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 de enero a diciembre de 2016, prevé 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. Estos recursos se encuentran en proceso de distribución conforme al artículo 49 de la Ley 715 de 2001, con una distribución inicial de \$180 mil millones.

- **Ajustes de procesos financieros**

### **Resolución 1479 de 2015**

El MSPS expidió la Resolución 1479 de 2015, modificada por la Resolución 1667 de 2015, cuyo objetivo es establecer el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministradas a los afiliados al régimen subsidiado. Así mismo, el artículo 1° de la Resolución 1667 de 2015, modificadorio del artículo 3° de la Resolución 1479 de 2015, señala que los servicios y tecnologías sin coberturas en el POS suministrados a los afiliados del régimen subsidiado se financiarán por las entidades territoriales con cargo a los recursos del SGP del sector salud para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, los recursos de rentas cedidas del sector salud previstos para la financiación del No-POS de los afiliados a dichos regímenes y los demás recursos de las entidades territoriales que destinen al pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

En el mismo sentido, el artículo 4° de la resolución en mención, establece que los departamentos y distritos deberán adoptar, mediante acto administrativo, uno de los modelos establecidos en los capítulos I y II de la resolución y/o un modelo integrado para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías No-POS de los afiliados al régimen subsidiado.

A continuación se señalan los modelos contenidos en la Resolución 1479 de 2015:

### **Garantía del suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el POS-centralizado en la entidad territorial**

Conforme lo señalado en el artículo 6° de la Resolución 1479 de 2015, las entidades territoriales que asuman este modelo, deberán proceder a definir la red de prestadores de servicios de salud que suministrarán los servicios y/o tecnologías No-POS de los afiliados al régimen subsidiado, para lo cual deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Definir el listado de las IPS a través de las cuales se brindarán los servicios y tecnologías sin coberturas en el POS a los afiliados del régimen subsidiado.
- Informar a los usuarios y EPS que operan en su territorio la red de IPS definida para la garantía del servicio.
- Publicar el listado de IPS en la página web de la entidad territorial, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015.

A su vez, el artículo 7° de la Resolución 1479 de 2015 señala que para la atención de servicios y tecnologías No-POS de los afiliados al régimen subsidiado, en el caso de que la entidad territorial adopte el modelo I, las IPS deberán tener en cuentas las siguientes consideraciones para la atención de los usuarios:

- i. Si se trata de la atención de servicios o tecnologías sin cobertura en el POS, requerido en atención inicial de urgencia, atención de urgencias o en el transcurso de una hospitalización, la IPS deberá proceder con las siguientes consideraciones:

**Atención de servicios y tecnologías sin coberturas en el POS-con contrato.**

Cuando el prestador tenga contrato con la entidad territorial para la prestación del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, deberá prestar la previa autorización del CTC de conformidad con el artículo 10° de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial. Así mismo, los prestadores deberán gestionar el pago del servicio o tecnología No-POS ante la entidad territorial, para lo cual deberá tener en cuenta los términos y condiciones contractuales y lo establecido en el Decreto 4747 de 2007.

En el caso de que la prestación del servicio o tecnología No-POS se derive de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior.

**Atención de servicios y tecnologías sin coberturas en el POS-sin contrato.**

- Si la IPS tiene el servicio habilitado, deberá prestarlo previa autorización por parte del CTC u orden de autoridad judicial. En caso de derivarse de una urgencia manifiesta la autorización del CTC se dará posterior. La IPS deberá gestionar el pago ante la entidad territorial, con los soportes y requisitos correspondientes.
- Si la IPS no tiene servicios habilitados para la prestación del servicio o tecnología No-POS, deberá remitir al paciente a la IPS que contenga habilitado el servicio, de conformidad con la lista de prestadores definida por la entidad territorial.

En caso dado que del listado de prestadores seleccionado por la entidad territorial no exista alguno con la habilitación para la prestación del servicio o tecnología, la EPS deberá elegir un prestador de su propia red.

El prestador receptor del paciente deberá solicitar la autorización del CTC, en el marco del artículo 10° de la Resolución 5395 de 2013 y efectuará la solicitud de pago ante la entidad territorial.

- ii. Para la garantía de la prestación del servicio o tecnología No-POS requeridos en las demás situaciones, la EPS deberá, dentro de los dos (2) días siguientes a la autorización por el CTC, solicitar a la entidad territorial que indique el prestador de servicios de salud que brindará el servicio; para ello, la entidad territorial dará respuesta oportuna. Si han transcurrido cinco (5) desde la solicitud y la entidad territorial no ha dado respuesta, la EPS deberá elegir, dentro del listado publicado por la entidad territorial, el prestador de servicios de salud que brindará el servicio, de lo cual informará oportunamente al usuario.

Por su parte el artículo 8° de la Resolución 1479 de 2015, señala que los departamentos y distritos, con base en el diagnóstico sobre la situación de salud en su territorios, podrán mantener o implementar esquemas de negociación y compra centralizada de servicios y tecnologías sin coberturas en el POS, para lo cual deberán tener en cuenta lo siguientes aspectos:

- Que exista un concepto técnico-médico que soporte la conveniencia de adelantar dicho esquema para el tratamiento continuo de enfermedades crónicas o degenerativas, de alto costo o huérfanas de un determinado grupo de usuarios.
- Que la entidad territorial asegure el correcto funcionamiento y control del esquema de compra centralizada, distribución de las tecnologías, seguridad en su administración y manejo de la información.
- Que la entidad territorial tenga evidencia de que el esquema de compra centralizada disminuye los costos que debe pagar por dichos servicios o tecnologías.
- Que la escogencia del proveedor se haga a través de un proceso de selección objetiva.

### **Garantía de la prestación de servicios y tecnologías no cubiertas en el POS – EPS con afiliados al Régimen Subsidiado.**

Para el modelo II, las administradoras de planes de beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud deberán garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS autorizados por el CTC u ordenados por autoridad judicial, para lo cual, dentro de los dos (2) días siguientes a la autorización emitida por la CTC, definirán el prestador de servicios de salud que brindará el servicio acorde con la red contratada.

En este contexto, las EPS deberán presentar ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías No-POS, conforme a lo señalado en la Resolución 1479 de 2015, así como los procesos y procedimientos adoptados por las entidades territoriales en sus respectivos actos administrativos.

Los servicios o tecnologías que superen la etapa de verificación y control de que trata el título III de la Resolución 1479 de 2015, serán pagados directamente por la entidad territorial al prestador de servicios de salud.

Igualmente, se precisa que conforme al modelo adoptado por las entidades territoriales, el Título III de la Resolución 1479 de 2015 establece los procesos de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías No-POS suministrados a los afiliados al régimen subsidiado, que deberán tener en cuenta los departamentos y distritos al momento del reconocimiento y pago de los mismos.

En este contexto, en artículo 11° de la resolución en mención define como requisitos para el reconocimiento y pago los siguientes aspectos:

- Usuario a quien se le presta el servicio.
- Servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto del cobro.
- El servicio o tecnología fue prescrito por el médico tratante o de urgencias.
- El servicio o tecnología fue autorizado por el CTC o por autoridad judicial.
- El servicio o tecnología fue efectivamente suministrado.
- El reconocimiento y pago del servicio o tecnología compete a la ET y no se ha realizado el pago.
- Los datos registrados son consistentes respecto a usuario, la tecnología y las fechas.
- El valor cobrado está soportado por factura o documento equivalente conforme a la resolución o demás normas vigentes.

Así mismo, el párrafo del artículo 11° de la Resolución 1479 de 2015 señala que los departamentos y distritos podrán adoptar el manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del MSPS, para el pago de las solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA o adoptar los procesos y procedimientos de auditoría para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías No-POS.

Finalmente, se precisa que la expedición de la Resolución 1479 de 2015 tiene como propósito estandarizar el proceso y procedimientos para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías No-POS suministrados a los afiliados del régimen subsidiado, así como generar los mecanismos para que los recursos de dichas prestaciones sean girados directamente por las entidades territoriales a las IPS.

### **Reglamentación giro directo en el régimen contributivo**

El artículo 259 de la ley del Plan de Desarrollo amplió la medida de giro directo en el régimen contributivo para aquellas EPS que no cumplan las metas del régimen de solvencia, conforme a la evaluación que para el efecto publique la Superintendencia Nacional de Salud.

En este sentido, a través de la Resolución 3503 de 2015, el MSPS reglamentó los porcentajes y las condiciones para la operación del giro directo a las IPS y a los proveedores de tecnologías y servicios en salud de los recursos del régimen contributivo correspondientes a la UPC y a los servicios y tecnologías de salud no incluidos en el plan de beneficios. El 80% de los recursos de la UPC serán girados directamente.

En mayo de 2016, la Superintendencia Nacional de Salud publicó en su página web el resultado de la evaluación del cumplimiento del régimen de solvencia de conformidad con el Decreto 2702 de 2014 con lo cual se espera que se inicie la aplicación del giro directo en julio de 2016.

Finalmente, es importante precisar que la medida de giro directo en el régimen contributivo, estaba aplicando en virtud del artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, sólo en aquellas entidades que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente.

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

En consideración a la problemática de la información de la cartera del sector salud y con el objetivo de dar continuidad a las acciones aclaración de cartera y compromisos de pago iniciadas en la Procuraduría General de la Nación, en mayo de 2013 el MSPS y la Superintendencia Nacional de Salud expedieron 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 EPS del régimen subsidiado informan al 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 servirán como mecanismo en la depuración de las deudas del sector y apoyará las acciones adelantadas por el Gobierno Nacional para el saneamiento de deudas y la garantía de la sostenibilidad del SGSSS.

Al analizar la información de coincidencias de las facturas con corte a diciembre de 2015, se encuentra una diferencia entre los actores cercana a los \$2.6 billones, lo que evidencia la necesidad de un esfuerzo de los responsables de pago y los prestadores de servicios de salud de ajustar sus estados financieros para llegar a la cifra real de cartera del sector.

Por otro lado, al comparar la información de las facturas que los prestadores de servicios de salud reportan como no pagadas con las facturas reportadas como pagadas por la medida de giro directo, se evidencia que \$ 2.292.663 millones, no han sido descargados de los estados financieros de los prestadores, según reporte con corte a diciembre de 2015.

- **Fortalecimiento patrimonial**

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

Con el fin actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, se expidió el Decreto 2702 de 2014 (en aplicación desde 2015), el cual define las reglas para el manejo del riesgo financiero para todas las EPS (independientemente del régimen en el que operan). Mediante esta norma, se establecieron las condiciones de patrimonio mínimo, reservas técnicas, régimen de inversiones y patrimonio adecuado que deberán tener las entidades encargadas del aseguramiento en el SGSSS. Así mismo se ordena la depuración contable de las EPS.

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

Se estima que el Decreto promovió la capitalización de las EPS durante el 2015 por \$532 mil millones teniendo en cuenta que en ese año se debía corregir al menos un 10% del defecto en las condiciones mínimas estipuladas en la norma.

#### **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 EPS en que

participen las Cajas de Compensación Familiar (CCF) 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 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 \$320.065 millones a las IPS y proveedores, los cuales se relacionan a continuación:

**Tabla 50. Recursos CCF  
(Cifras en millones de pesos)**

CCF	Valor
CAFAM	21.140
COLSUBSIDIO	54.885
COMFABOY	6.726
COMFACUNDI	1.322
COMFAGUAJIRA	3.675
COMFAMA	41.708
COMFENALCO TOLIMA	9.464
COMPENSAR	46.011
CAFABA	5.030
COMFACHOCO	390
COMFENALCO VALLE	13.071
COMFACOR	2.709
COMFANDI	22.939
COMFAMILIAR RISARALDA	6.795
COMFAMILIAR CALDAS	5.225
COMFAORIENTE	2.800
CAJASAN	166
COMFENALCO ANTIOQUIA	27.838
COMFAMILIAR CARTAGENA Y BOLÍVAR	3.134
COMFASUCRE	2.867
COMFAMILIAR NARÑO	4.969
NUEVA EPS *	37.200
<b>Total</b>	<b>\$320.065</b>

Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016

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

#### 5.4 Actualización del plan de beneficios en salud

La actualización integral del plan de beneficios en salud 2015, que terminó con la expedición de la Resolución 5592 de 2015 tuvo como resultado:

- **Procedimientos**

- **Aclaraciones de cobertura de procedimientos:** Para la revisión, agrupación y precisión de la cobertura del plan de beneficios en cuanto a los procedimientos en salud, se analizaron los procedimientos de la CUPS que no se encontraban descritos como cobertura del plan en la Resolución 5521 de 2013, aplicando criterios técnicos y análisis de costos. Resultado de estos análisis se aclaró la cobertura de 268 procedimientos para la actualización del 2015.
- **Inclusión de procedimientos:** La inclusión de tecnologías en la actualización del 2015, se centró en identificar las tecnologías en salud y ayudas diagnósticas, “estándar de oro” no incluidas en el plan de beneficios para las enfermedades huérfanas, en virtud del principio de equidad. Haciendo una síntesis, el proceso de identificación, selección y ordenamiento para evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia involucró a expertos de 5 sociedades científicas (Genética, Dermatología, Neumología, Neurología y a los expertos del Instituto de Errores Innatos del Metabolismo), así como a 5 delegados que representaron a 42 asociaciones de usuarios de enfermedades huérfanas. En este proceso se identificaron 126 tecnologías de las cuales el 64% se encontraban ya cubiertas en el plan de beneficios, 16 tecnologías no cubiertas en el plan, a las cuales se realizó, por parte del IETS, la evaluación de tecnología en salud (ETES). Como resultado de dicha ETES, se incluyeron 10 tecnologías en salud como se describe en la siguiente tabla.

**Tabla 51. Tecnologías estándar de oro para enfermedades huérfanas a incluir en el plan de beneficios, 2015**

Código	Descripción	Patología
906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	MIASTENIA GRAVIS
906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	MIASTENIA GRAVIS
906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	MIASTENIA GRAVIS
906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NEUROMIELITIS OPTICA O ENFERMEDAD DE DEVIC
908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV A
908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II
908346	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	ENFERMEDAD DE GAUCHER
382305	CAPILAROSCOPIA	ESCLEROSIS SISTEMICA
882841	CAPILAROSCOPIA (VIDEO CAPILAROSOCPIA)	ESCLEROSIS SISTEMICA

Código	Descripción	Patología
860210	ESTUDIO FOTOBIOLOGICO (FOTOPARCHE)	URTICARIA SOLAR

Fuente: Metodología para la identificación, selección y ordenamiento para evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia (huérfanas, raras) y resultados de su aplicación

## • Medicamentos

- **Aclaración de cobertura de medicamentos:** En cuanto a medicamentos, se aclaró la cobertura de 137 principios activos y se aclaró la concentración y forma farmacéutica de 229 medicamentos ya descritos como cobertura del plan de beneficios así:
  - i. Mediante agrupaciones de principios activos cubiertos en el plan de beneficios que permiten expresar la cobertura de cualquier principio activo que pertenezca a cualquiera de los 6 subgrupos que representan más de 35 principios activos.
  - ii. Mediante agrupaciones de principios activos a los que se les fija un Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) en la UPC, lo que permite que cualquier principio activo que pertenezca a alguno de los 6 subgrupos según la clasificación mundial ATC con VMR se considere cubierto en el plan de beneficios. Estos grupos representan a nivel mundial más de 75 principios activos.
  - iii. Se aclara la concentración o la forma farmacéutica de 268 medicamentos del POS, lo que permite expresar la cobertura del plan de beneficios para estos medicamentos en todas las concentraciones registradas en Colombia, aclarando también que se encuentran cubiertas todas las formas de administración parenteral con lo que se avanza hacia un plan de beneficios implícito descrito por vía de administración y no por una forma farmacéutica específica. A la fecha se ha logrado que el 75% del plan de beneficios esté presentado de forma implícita a nivel de concentraciones.
  - iv. Se realizan 27 aclaraciones de principios activos que no se encontraban en el plan de beneficios y que por ser una alternativa efectiva desde la parte clínica y tener un valor menor o igual por tratamiento a las descritas en el listado del plan de beneficios, se consideran ahora cubiertos.
- **Ampliación de cobertura:** En la actualización integral se amplió el tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas por VIH, de 6 a 12 meses. Esta ampliación de cobertura se realizó con base en la guía de práctica clínica de VIH-SIDA.

Por otra parte, en el 2016, de acuerdo con la “Metodología para la nominación de tecnologías en salud y formatos para el proceso de actualización del plan obligatorio de salud POS”, fueron nominadas de 36 tecnologías en salud.

## 5.5 Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud

Se 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. En este proceso participaron profesionales de diversa experiencia, experticia y entidades como: Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología, Asociación Colombiana de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, Asociación Colombiana de Radiología, Asociación de Bacteriólogos Javerianos, Colegio Nacional de Bacteriología, entre otros.

Producto de dicho proceso se expide la Resolución 4678 de 2015, *“Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud–CUPS y se dictan otras disposiciones”*. Posteriormente, el MSPS lideró un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, dando respuesta a la necesidad de actualizar los descriptores de Especialidades Médicas y Odontológicas; producto de dicho proceso se expide 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”*.

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

Durante el proceso de actualización del plan y para garantizar su prestación por parte de las EPS se fijó la respectiva UPC, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 2562 de 2012, artículo 2º, párrafo y su remisión al párrafo 3º del artículo 7º de la Ley 1122 de 2007.

Las decisiones referidas al régimen contributivo consultaron el equilibrio financiero del SGSSS, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo; las relacionadas con el régimen subsidiado se tomaron previa salvedad de su compatibilidad con el Marco Fiscal del Mediano Plazo.

Con la Ley 1751 de 2015, la regulación seguirá preservando los recursos del sistema, mediante la adopción de políticas indispensables para la financiación sostenible del mismo, máxime cuando en la fijación de la UPC para la vigencia 2016 se consideraron los postulados del proyecto que surtía trámite para convertirse en la nueva ley estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

- **Avances:**

- Se continúa con la garantía de cobertura a población afiliada al SGSSS con condición insular, por zona alejada del territorio continental.
- Se continúa con la garantía de cobertura de actividades diferenciales en el marco de la gestión del riesgo en salud para pueblos indígenas de Colombia.
- Se continúa con el segundo año de la prueba piloto de unificación de la prima del régimen subsidiado al contributivo, en las cuatro ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla.
- Se incluyeron en la zona de ciudades (Buga, Dosquebradas y Cartago), por estudio de convergencia
- Garantía de cobertura del plan de beneficios que las EPS deben brindar a sus afiliados de ambos regímenes, con cargo a la UPC: Resolución 5593 de 2015, *"Por la cual se fija la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones"*, integrando en un solo cuerpo normativo las decisiones de regulación relacionadas con la UPC para la cobertura de la población en general, con las primas especiales y diferenciales vigentes en 2015 e incrementadas para 2016, según las características especiales y connotaciones que les hacen objeto de tratamiento protección especial o reconocimiento de mayores recursos.

- **Prueba piloto de igualación de primas**

En el segundo año de la prueba piloto de unificación de la prima pura del régimen subsidio al régimen contributivo, que tiene el propósito de analizar el comportamiento de la prestación de servicios de salud a los afiliados del régimen subsidiado en las mismas condiciones del contributivo y la suficiencia de la UPC-S en este escenario. La continuidad de la prueba piloto está sujeta al envío de información con la calidad, oportunidad y demás requerimientos definidos por el organismo rector del SGSSS. Esta exigencia está explícita tanto en la parte motiva como en la resolutive del mencionado acto administrativo contentivo de la decisión, que se profiere en acatamiento a los mandatos judiciales de los Autos 261 y 262.

De acuerdo con lo anterior, la información precisa, oportuna y confiable es clave en la demostración de la necesidad de igualación de primas pues ésta se condiciona a la credibilidad y rigorismo técnico de los estudios necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado puedan prestarse eficiente y oportunamente por las EPS que operan el régimen subsidiado en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas.

La credibilidad recae en las administradoras que reportan la información del gasto que sirve al cálculo de la UPC-S y que lleva implícito el compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud que integran su red.

- Resultados primer año de entrega de información por parte de las EPS–S.

**Tabla 52. Información consolidada de reporte prueba piloto Resolución 5968/14  
Registros reportados régimen contributivo–movilidad**

NIT	Cód. EPS	Nombre	1er. cuatrimestre	2º cuatrimestre	3er. cuatrimestre
830113831	EPSS01	ALIANSAALUD	409	731	677
800130907	EPSS02	SALUD TOTAL	107.722	297.895	506.813
800140949	EPSS03	CAFESALUD	31.100	156.375	432.127
800251440	EPSS05	SANITAS	5.166	22.540	49.806
860066942	EPSS08	COMPENSAR	28.784		195.867
800088702	EPSS10	SURA	171.962	448.524	722.494
890303093	EPSS12	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	13.322	40.022	57.679
800250119	EPSS13	SALUDCOOP	574.385	2.139.110	
805000427	EPSS16	COOMEVA	31.654	18.439	116.154
830003564	EPSS17	FAMISANAR	91.069	299.816	372.193
805001157	EPSS18	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	14.824	46.848	43.464
830009783	EPSS23	CRUZ BLANCA	26.130	127.818	78.387
900156264	EPSS37	NUEVA EPS	132.690	83.754	97.226
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>1.229.217</b>	<b>3.681.872</b>	<b>2.672.887</b>

Fuente: información reportada en la plataforma PISIS de acuerdo al cronograma establecido en la resolución.

**Tabla 53. Registros reportados–Régimen subsidiado**

NIT	Cód. EPS	Nombre	1er. cuatrimestre	2º cuatrimestre	3er. cuatrimestre
899999026	EPS020	CAPRECOM	1.212.143	1.946.078	
800140949	EPSS03	CAFESALUD	1.095.356	2.648.770	840.782
830074184	EPSS33	SALUDVIDA	62.321	131.287	152.997
900298372	EPSS34	CAPITAL SALUD	2.550.210	6.566.966	5.785.182
837000084	EPSI05	MALLAMAS	1.846	5.243	9.486
890900841	CCF002-EPSS40	SAVIA SALUD	1.129.983	3.632.047	3.813.906
900048962	CCF033	COMFASUCRE	29	235	44
890102044	CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	76.870	85.847	100.641
891600091	ESS024	COOSALUD E.S.S.	890.481	1.547.038	2.148.319
817000248	ESS062	ASMETSALUD	16.322	57.834	104.918
818000140	ESS076	AMBUQ	146.618	395.140	179.105
814000337	ESS118	EMSSANAR	1.241.322	2.677.087	5.902.191
806008394	ESS207	MUTUALSER	491.295	1.703.942	916.606

NIT	Cód. EPS	Nombre	1er. cuatrimestre	2º cuatrimestre	3er. cuatrimestre
TOTAL		13	8.914.796	21.397.514	19.954.177

Fuente: información reportada en la plataforma PISIS de acuerdo al cronograma establecido en la Resolución.

Se continúa con el proceso de recolección de información por parte de las EPS-S y EPS-C con movilidad. Se realizarán los análisis comparativos de la información completa del año 2015 versus la información del año 2014, entregada en marzo del 2016. A su vez, se avanza en la revisión de las posibles variaciones frecuencias de servicios reportados.

## 6. PROMOCIÓN SOCIAL

### 6.1 Víctimas del conflicto armado

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas–PAPSIVI, liderado por el MSPS, responde a las medidas de atención psicosocial y asistencia en salud y rehabilitación física y mental. 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 (DIH). 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: i) coordinación Nación–territorio; ii) seguimiento y monitoreo; iii) participación de las víctimas del conflicto armado; y, vi) desarrollo del talento humano. Lo anterior, acorde a lo definido en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, en donde se asigna dicha competencia al Ministerio.

- **Componente de atención psicosocial del PAPSIVI**

A partir de los avances alcanzados en la implementación del PAPSIVI desde 2013, en la vigencia 2015 el Ministerio elaboró e implementó *“La estrategia de atención psicosocial. Profundización metodológica de la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado del Papsivi”*. Lo anterior, reconociendo que según lo ordenado en la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley, las acciones psicosociales dirigidas a víctimas del conflicto armado deben contar con un conjunto de estructuras centradas en las personas.

En este sentido, como resultado de la implementación del programa, se han atendido 198.377 personas hasta 2015, a través de las modalidades individual, familiar y comunitaria, en 24 entidades territoriales y más de 200 municipios priorizados. En 2015, fueron atendidas 91.182 personas y se contó con más de 900 profesionales a cargo de brindar la atención psicosocial, de los cuales se estima que aproximadamente el 20% son promotores psicosociales (población víctima). Es importante resaltar que del total de personas atendidas por el programa en el año 2015, 50.098 son personas incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) bajo el hecho victimizante “desplazamiento forzado”; esto representa el 55%.

En 2015, de la totalidad de atenciones (96.661 personas) el 15% fueron en modalidad individual, el 37% en familiar y el 48% en modalidad comunitaria. Para 2016, se cuenta con una meta de 98.772 personas a atender.

**Tabla No. 54. Personas atendidas por modalidad en 2015.**

Departamento	Individual	Familiar	Comunitario	Totales	Personas únicas atendidas
Antioquia	1.472	2.569	8.446	12.487	11.811
Arauca	708	679	1.166	2.553	2.342
Atlántico	520	3.192	1.764	5.476	5.162
Bolívar	132	2.340	4.930	7.402	7.263
Caquetá	57	202	270	529	513
Casanare	100	313	396	809	766
Cauca	645	1.654	1.438	3.737	3.652
Chocó	584	1.731	1.109	3.424	3.342
Córdoba	1.222	4.580	3.629	9.431	8.716
Cundinamarca	570	717	1.013	2.300	2.152
Guaviare	149	615	754	1.518	1.437
Huila	6	894	974	1.874	1.850
La Guajira	1.118	1.277	3.302	5.697	5.249
Magdalena	1.609	1.490	1.863	4.962	4.801
Meta	599	1.333	1.264	3.196	2.997
Nariño	2.440	3.587	5.755	11.782	10.347
Norte de Santander	337	1.148	1.062	2.547	2.317
Putumayo	25	1.501	389	1.915	1.877
Santander	785	1.004	724	2.513	2.464
Sucre	37	132	60	229	225
Valle del Cauca	1.324	4.625	6.331	12.280	11.899
<b>Total general</b>	<b>14.439</b>	<b>35.583</b>	<b>46.639</b>	<b>96.661</b>	<b>91.182</b>

Fuente: MSPS-Oficina de Promoción Social

- **Asignación presupuestal**

Hasta 2016, la asignación presupuestal ha sido por \$87.926 millones, destinados a la financiación de los gastos derivados de la atención psicosocial del PAPSIVI, provenientes de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito–CAT–del FOSYGA y dos proyectos de inversión.

**Tabla 55. Asignación presupuesta, sector salud.**

Año	ECAT-FOSYGA	Proyecto inversión	Total	Personas atendidas
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	19.926.164.474	91.182

Año	ECAT-FOSYGA	Proyecto inversión	Total	Personas atendidas
2016	15.000.000.000	8.000.000.000	23.000.000.000	98.772
<b>TOTAL</b>	<b>75.000.000.000</b>	<b>12.926.164.474</b>	<b>87.926.164.474</b>	<b>297.149</b>

Fuente: MSPS-Oficina de Promoción Social

- **Componente de atención integral en salud**

De acuerdo con la información reportada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS)<sup>15</sup>, se identificó que en 2015, del total de 91.182 personas atendidas por PAPSIVI, 57.443 recibieron atenciones en salud dentro del SGSSS. Lo anterior, refleja que el 63% recibió atención en los dos componentes del programa (psicosocial y de salud integral). Dicho porcentaje de personas con atención en salud resulta significativamente superior al promedio de la población general con atenciones en salud, el cual se estima en 43%. Lo anterior, indicaría que la población víctima del conflicto armado ha podido acceder más a los servicios en salud que la población general.

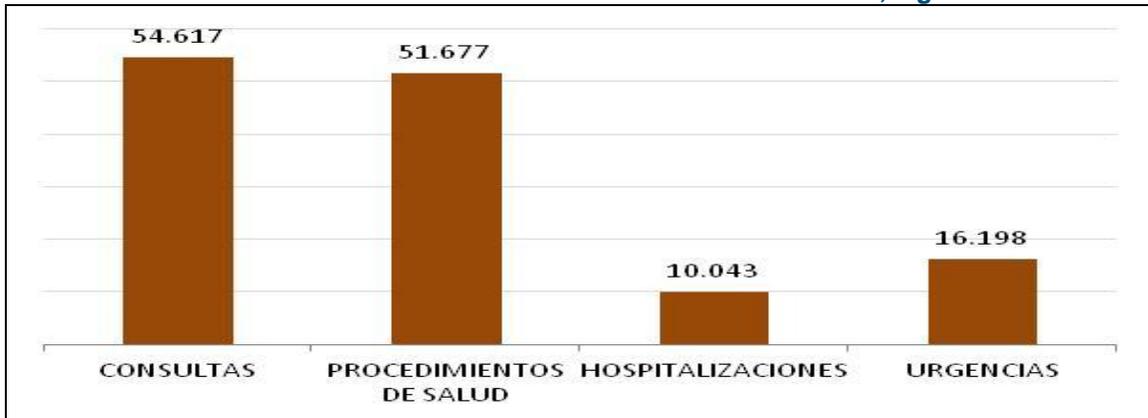
**Tabla 56. Personas víctimas atendidas en salud dentro del SGSSS, vigencia 2015**

Departamento	Personas atendidas 2015
Antioquia	8.533
Arauca	1.522
Atlántico	2.787
Bolívar	4.713
Caquetá	363
Casanare	436
Cauca	2.476
Chocó	1.558
Córdoba	5.047
Cundinamarca	1.280
Guaviare	754
Huila	1.217
La guajira	3.236
Magdalena	3.288
Meta	1.861
Nariño	6.878
Norte de Santander	1.180
Putumayo	923
Santander	1.746
Sucre	145
Valle del Cauca	7.500
<b>Total general</b>	<b>57.443</b>

Fuente: MSPS-Oficina de Promoción Social

<sup>15</sup> La identificación de las atenciones en salud a víctimas se realiza a través de los RIPS, los cuales son consolidados por las EPS y remitidos al MSPS. 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 se realiza con corte a abril de 2016, con un porcentaje de reporte de RIPS por parte de las EPS al Ministerio del 70%.

**Gráfico 12. Atenciones en salud a víctimas PAPSIVI realizadas, vigencia 2015**



Fuente: MSPS-Oficina de Promoción Social

- Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Con corte a diciembre de 2015, como resultado del cruce entre la Base de Datos única de Afiliados (BDUA) y la base de datos del RUV, de un total de 6.264.567 personas plenamente identificadas incluidas en RUV, se encuentran afiliadas al SGSSS 5.261.153, es decir, el 84% de cobertura de afiliación. Adicionalmente, del total de 5.548.719 personas desplazadas plenamente identificadas incluidas en RUV, se encuentran afiliadas al SGSSS 4.796.079, es decir, el 86% de cobertura de afiliación.

**Tabla 57. Afiliación en salud.**

Año	Victimas total			Desplazados		
	RC	RS	Total	RC	RS	Total
2014	1.187.645	3.958.963	5.146.608	989.530	3.639.014	4.628.544
2015	1.257.867	4.003.286	5.261.153	1.056.030	3.740.049	4.796.079

Fuente: MSPS-Oficina de Promoción Social. Cruce RUV, BDUA corte Dic. 2014 y Dic. 2015

## 6.2 Población con discapacidad

El MSPS, como ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad, de forma conjunta con la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en el marco del proyecto de Cooperación Internacional USAID–OIM para el fortalecimiento institucional para la atención y reparación de las personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, realizó durante el segundo semestre del año 2015 19 encuentros territoriales en 31 municipios de Colombia afectados por el conflicto armado. Esto, con el fin de articular las políticas públicas de discapacidad e inclusión social y de asistencia y reparación a las víctimas del conflicto. Estos encuentros contaron con la asistencia de 777 personas, de las cuales el 37% (287 personas), correspondieron a servidores

públicos y el 63% a líderes y representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado.

De igual forma, durante el primer semestre de 2016 se dio continuidad al proceso, buscando la articulación entre el Sistema Nacional de Discapacidad y el Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas con el desarrollo de 2 encuentros nacionales: el primero, con representantes de las organizaciones de personas con discapacidad ante los comités territoriales de discapacidad y las mesas de víctimas, mientras que el segundo tuvo lugar entre las secretarías técnicas de los comités departamentales y distritales de discapacidad y enlaces territoriales de la UARIV.

Con el fin de concurrir en la implementación de los planes territoriales de atención a la población con discapacidad, a través de la provisión de ayudas técnicas no incluidas en el plan de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y el fortalecimiento de los procesos organizativos de las personas con discapacidad para su efectiva participación en las instancias del Sistema Nacional de Discapacidad, se transfirieron recursos por valor de \$ 884.744.000 a 16 entidades territoriales; los cuales actualmente se encuentran en ejecución.

El 95% de los municipios de Colombia cuentan con por lo menos una Unidad Generadora de Dato-UGD, habilitadas para el registro de personas en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-RLCPD. De ellas, el 65% se encuentran registrados activamente. En 2016 han sido registradas 151.925 personas. De igual forma han sido identificadas 22.508 víctimas con discapacidad en el RUV, caracterizadas en el RLCPD, afiliadas al SGSSS.

Con el fin de aumentar la cobertura del RLCPD y mejorar la calidad de datos, se diseñó la estrategia comunicacional para fortalecer el proceso de registro de la condición de discapacidad en el RUV y el RLCPD.

En el ámbito de las competencias sectoriales, se construyó la ruta de atención integral en salud para víctimas de accidentes con **minas antipersonal y municiones sin explotar (MAP/MUSE)**, en armonía con la ruta de rehabilitación funcional definida por el Ministerio. Se desarrolló un proceso de fortalecimiento de las unidades de rehabilitación funcional en la red pública de prestación de servicios de las siguientes entidades territoriales: Bolívar y Cartagena, Popayán, Apartadó y Quibdó. Este proceso comprendió mejoramiento de infraestructura, dotación y formación de 220 profesionales de la rehabilitación en la adopción del enfoque biopsicosocial, para un total de 2.220 profesionales en los últimos 4 años, así como el establecimiento de servicios comunitarios de rehabilitación para fortalecer la capacidad resolutoria de los primeros niveles de atención fundamentados en la estrategia RBC.

Por último, se validó el programa de formación titulado “Cuidado básico de personas con dependencia funcional” con una orientación al desarrollo de competencias en la provisión de servicios de asistencia personal para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.

### 6.3 Población inimputable por trastorno mental

El MSPS tiene a su cargo el **Programa de Atención Integral a Pacientes Inimputables**, a través del cual se asignan recursos a 13 entidades territoriales con el fin de adelantar la contratación con IPS especializadas en el área de salud mental para garantizar la atención de la población declarada jurídicamente inimputable por autoridad judicial, con medida de seguridad consistente en la internación.

El programa contempla la atención integral por parte de un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermera jefe y auxiliar de enfermería y acompañamiento. 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 especializados. De acuerdo con la disponibilidad de cupos en los centros, se ubica a los pacientes cerca de su familia, con el fin de fortalecer los vínculos y redes de apoyo familiar.

En 2015 se asignaron recursos por valor de \$12.316 millones con el fin de gestionar la adaptación social, laboral y familiar del inimputable y psicoeducar al paciente y su familia para lograr mayor consciencia sobre su enfermedad y participación activa en su proceso de rehabilitación. En este marco, fueron atendidos en el programa 415 pacientes.

Para 2016, mediante la Resolución 971, se asignaron recursos a las entidades territoriales para la gestión de la atención de la mencionada población según los lineamientos técnicos del programa. En la actualidad el programa cuenta con 346 pacientes.

### 6.4 Mujer y género

En relación con las medidas de atención para las mujeres víctimas de violencias, de las cuales trata la Ley 1257 de 2008, en 2015 se elaboró una propuesta de modificación de esta ley con el fin de que se posibilitara la implementación de dichas medidas. Sin embargo, no se logró dar continuidad a su trámite dada la expedición de la ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018. Por lo anterior, se ha estructurado una propuesta de modificación al Decreto 2734 de 2012 en lo concerniente al sector salud, la cual será

socializada con las entidades que hacen parte del otorgamiento de las medidas de atención-Ministerio de Justicia y Ministerio de Defensa, a través de la Policía Nacional-. Esto, con el propósito de armonizar el proceso de implementación de las mencionadas medidas. De igual forma, se ha avanzado en el ajuste de los lineamientos técnicos y en el procedimiento para el reconocimiento y pago de los servicios asociados a estas medidas y de conformidad con lo previsto en la ley del Plan de Desarrollo.

En cuanto a género, se dispone de un documento de lineamientos para la transversalización del enfoque y perspectiva de equidad de género en el MSPS y en las direcciones departamentales y distritales de salud.

### **Violencia de género**

Se realizan gestiones de contacto e impulso de la gestión administrativa en la implementación de la Resolución 5943 de 2014 para lograr el cumplimiento de requisitos por parte de los departamentos priorizados y el giro de los recursos asignados por parte del Ministerio, destinados a la realización de actividades en salud mental y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para víctimas del conflicto armado.

Se realiza teleconferencia de socialización de la Resolución 5943 de 2014, dirigida a los entes territoriales priorizados para la asignación de recursos destinados a la realización de actividades de salud dirigidas a víctimas del conflicto armado en las áreas de salud mental y SSR.

Se construyen herramientas metodológicas de apoyo técnico a los entes territoriales, para la construcción y planteamiento de los proyectos en salud mental y SSR dirigidos a víctimas del conflicto armado, que son enviados a todos los departamentos y se proyectan visitas de acompañamiento en los meses siguientes.

Se realiza gestión por parte de las entidades territoriales priorizadas para la incorporación en sus presupuestos de los recursos asignados mediante Resolución 5943 de 2014, para iniciar la ejecución.

Se sostuvo jornada de inducción nacional sobre la gestión territorial en materia de salud integral a las víctimas del conflicto armado, con énfasis en salud mental y SSR de conformidad con el PAPSIVI y el CONPES 3784 de 2013.

### **6.5 Persona mayor, vejez y familia**

En 2015 se avanzó en el proceso de actualización de Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, siguiendo la estructura de la política nacional formulada a finales del año 2007 respecto a los objetivos, ejes estratégicos y líneas de

acción, considerando referentes nacionales e internacionales y con amplia participación social y ciudadana, lo cual imprime amplia legitimidad social a la política.

Los ejes de política que permiten comprender la transición demográfica y facilitan la gestión del envejecimiento humano y la vejez, por la Nación y las entidades territoriales, fueron socializados por el MSPS en los eventos de difusión de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento–SABE, Colombia<sup>16</sup> de mayo de 2016, en el marco del XII Congreso Colombiano de Gerontología y Geriátrica adelantado en la ciudad de Bogotá.

Con base en los principales resultados de la encuesta SABE, se realizará la armonización de los planes de acción de la Política de Envejecimiento Humano y Vejez, así como la de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias. Esto, en virtud de que evidencian, entre otros aspectos relevantes: i) la necesidad de organizar los servicios socio-sanitarios mediante la integración de los servicios de salud con los servicios sociales; ii) la importancia de incidir en los determinantes del envejecimiento a través de la acción intersectorial articulada; y, iii) la necesidad de organizar los servicios de cuidado y la atención a las personas cuidadoras en el marco del Sistema Nacional de Cuidado.

Igualmente, se adelantaron ajustes al documento técnico de la Política de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, con el propósito de fomentar su articulación con programas y otras políticas poblacionales. Así mismo, teniendo en cuenta las recomendaciones de Naciones Unidas, para la conmemoración del día de las familias (15 de mayo), en 2016, a nivel nacional y territorial, se promovió y se llevaron a cabo actos académicos y sociales que exaltaron a la familia en relación con la salud y la convivencia para un futuro sostenible.

## 6.6 Grupos étnicos

- **Acciones con pueblos indígenas**

Se efectuaron reuniones entre delegados(as) de las organizaciones indígenas: Organización Nacional Indígena de Colombia–ONIC, Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana–OPIAC, Confederación Indígena Tayrona–CIT, Autoridades Indígenas de Colombia–AICO por la Pacha Mama, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia–Gobierno Mayor y del MSPS. Lo anterior, con el propósito de concertar los indicadores y metas culturalmente adecuados para el seguimiento y monitoreo de los acuerdos suscritos con pueblos indígenas en el marco

---

<sup>16</sup> Esta encuesta fue realizada por el MSPS en 2015, en coordinación con Colciencias y las Universidades del Valle y de Caldas.

del Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018 “Todos por un Nuevo País”; proceso que aún se encuentra en consenso.

### **Estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI**

Se realizaron seis reuniones de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas, en cumplimiento del Plan Operativo Anual de la Subcomisión de Salud (Decreto 1973 de 2013), con especial énfasis en el componente de formas del cuidado de la salud (componente SISPI). En abril de 2016 se efectuó la primera reunión de la Subcomisión de Salud del año, con el propósito de realizar la socialización del documento *Anexo Técnico para Grupos Étnicos en Seguridad Alimentaria y Nutricional*.

Se revisó y ajustó el proyecto de Decreto de Habilitación de las EPS Indígenas (EPS–I), con participación de representantes de dichas entidades, autoridades indígenas y los subcomisionados de salud, acordando así una versión final. Esta propuesta de decreto fue socializada en la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas durante la sesión realizada en diciembre de 2015, de forma conjunta entre los subcomisionados de salud y el MSPS—representado por la Viceministra de Protección Social y el Jefe de la Oficina de Promoción Social. Lamentablemente, el proyecto de decreto no fue aprobado ni protocolizado, dado el desacuerdo entre las diferentes organizaciones indígenas que conforman la mesa, a pesar de la insistencia de los subcomisionados de salud.

Se dieron avances en la concertación de los contenidos del cuarto componente del SISPI (Decreto 1953 de 2014), a saber: “Formas del Cuidado a la Salud Propias e Interculturales”, en relación con el “Plan para el Cuidado de la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas” que está pronto a culminarse en su concertación para así dar paso a otras propuestas de las diferentes dependencias del MSPS.

### **Diseño de modelos de salud propios e interculturales**

En 2015 se llevó a cabo la suscripción de convenios interadministrativos entre el Ministerio o las entidades territoriales y los siguientes pueblos indígenas:

- Embera Chamí del municipio de Riosucio en Caldas.
- Awá de los municipios de Ricaurte, Tumaco, Samaniego y Barbacoas de Nariño, y Orito, San Miguel, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Valle del Guamuez y Mocoa del Putumayo.
- Pijao de los municipios de Coyaima, Ortega, Chaparral, San Antonio, Natagaima, Purificación, Saldaña, Guamo, Prado, Espinal y Coello del Tolima.
- Uitoto, Ticuna, Cocama, Yagua Bora, Ocaina y Muinane, del corregimiento de la Chorrera, Amazonas.

- Pastos de los municipios de Cumbal, Guachucal, Ipiales, Túquerres, Santa Cruz, Aldana, Pupiales, Potosí, Contadero, Cuaspud Carlosama, Guachavés, Mallama, Córdoba, Funes, Sapuyes, Guatarilla, Imues, Ospina y Puerres en Nariño.
- Nasa, municipio de Caldon, Cauca.
- Yanacona de los departamentos de Cauca, Huila, Quindío, Putumayo, Valle del Cauca y Bogotá D.C.
- Totoroez del municipio de Totoró, Cauca.

Lo que se busca con el diseño de estos modelos de salud es propiciar la revaloración, reconocimiento y fortalecimiento de la medicina tradicional, a través de la caracterización en salud de los pueblos indígenas desde la medicina occidental y la tradicional, la adecuación de los servicios de salud institucionales de acuerdo con las características ambientales, culturales y organizativas de cada pueblo indígena y el establecimiento de mecanismos de diálogo, concertación e interacción entre las dos medicinas.

Durante 2016, en el marco de la primera sesión de la Subcomisión de Salud Indígena desarrollada en abril de 2016, se estableció, como compromiso para la continuidad en el diseño de los modelos de salud, la realización de sus lineamientos técnicos como marco de referencia en la elaboración de las respectivas propuestas para su posterior aval y cofinanciación por parte del MSPS.

### **Cumplimiento órdenes y sentencias judiciales**

El MSPS, a través del Grupo de Asuntos Étnicos de la Oficina de Promoción Social, 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 la formulación concertada de los diagnósticos de los planes de salvaguarda Jiw, Nukak, Hit y Macaguan, así como la concertación y seguimiento a la implementación de líneas y estrategias sectoriales de salud de los planes de salvaguarda Totoroez, Kankuamo, U'wa y Embera (Autos 004 de 2009, 382 de 2010 y 173 de 2012).

- **Acciones con comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales**

En 2015, se realizó acompañamiento y asistencia técnica en la elaboración del plan de acción territorial para la atención diferencial concertada con los actores del SGSSS en el departamento del Chocó, el cual fue presentado posteriormente por la Secretaría Departamental de Salud del Chocó.

Con el propósito de fortalecer las vías y espacios de participación para las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras el MSPS, realizó el Foro de Situación de Salud de las Comunidades Afro, Negras, Palenqueras y Raizales, en mayo de 2016. Este evento estuvo enmarcado en las actividades de celebración del mes de la

Herencia Afrocolombiana y el Decenio internacional de los Afrodescendientes 2015-2024.

Durante el primer trimestre de 2016, se ha emprendido un proceso de articulación con el equipo desarrollador del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, en la estructuración del componente afro del Capítulo Étnico del PDSP. Concretamente se busca aportar, en el análisis diferencial (étnico) de la situación de salud de estas comunidades.

Si bien, actualmente la Consultiva Nacional de Alto Nivel con comunidades Afro, Negras, Palanqueras y Raizales no se encuentra conformada, y por lo tanto no ha sido posible contar con los representantes a hacer parte de la Mesa Nacional de Protección Social para Comunidades Afro, Negras, Palanqueras y Raizales, desde el Ministerio se ha avanzado en las gestiones necesarias que viabilicen la conformación de la Mesa de Protección Social, de la cual el Ministerio es la entidad a cargo de la operación de dicha mesa, según la Ley 1450 de 2011. Estas gestiones se han apoyado en procesos de articulación con instituciones como el Ministerio del Interior, entidad que está a cargo de liderar la selección y ratificación de los delegados.

- **Acciones con Pueblo Rrom (gitano)**

En el marco de la Comisión de Diálogo para el Pueblo Rrom (gitano), se llevó a cabo la Mesa de Salud, en cumplimiento de lo acordado en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, entre el MSPS y el pueblo Rrom. Dicha reunión fue realizada en junio de 2015; espacio en el cual el MSPS presentó a los delegados de la comisión una propuesta de asistencia técnica para la formulación de un plan de acción con el pueblo Rrom, a través de la realización de mesas de trabajo.

La propuesta fue aprobada en el marco de este espacio, por lo cual se procedió a realizar las mesas en 9 territorios donde se encuentran asentadas las Kumpaño: Envigado (Antioquia), Sabanalarga (Atlántico), Bogotá, Sahagún y San Pelayo (Córdoba), Pasto (Nariño), Girón (Santander), Sampués (Sucre) y Ataco, Saldaña, Prado e Ibagué (Tolima).

Toda vez que en 2015 fueron elaborados los planes de acción con los actores del SGSSS y las comunidades en cada uno de los territorios donde se encuentran asentadas las Kumpaño (con excepción de Cúcuta, dados los inconvenientes presentados por la Kumpania), durante 2016 se han realizado gestiones de seguimiento a los compromisos planteados en cada uno de los planes.

A su vez, durante el segundo semestre del año en curso se tiene programado realizar jornadas de acompañamiento en los respectivos territorios, en cumplimiento a los compromisos establecidos con las Kumpaño.

## 6.7 Habitante de la calle

Para 2015, el Ministerio ajustó la propuesta de líneas estratégicas de la Política Pública Social para las Personas Habitantes de la Calle–PPSHC a partir de los componentes de política establecidos por ley. Esta reformulación tuvo lugar ante nuevos insumos suministrados por parte de diversas entidades, en relación con su oferta de servicios en el marco de sus competencias. Algunas de estas entidades son: Instituto de Bienestar Familiar–ICBF, Registraduría Nacional del Estado Civil, Departamento Nacional de Estadística–DANE, Departamento Nacional de Planeación–DNP, SENA, Policía Nacional, Ministerio de Cultura, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio del Interior.

Durante el segundo semestre del 2015 el Ministerio adecuó sus sistemas de información con la variable de población “habitante de calle”. Esto con el fin de contar con datos que permitan tener mayor claridad sobre las afectaciones que presenta esta población en materia de salud integral.

Durante el 2016 se avanzó en la consolidación de un diagnóstico general sobre población habitante de calle, buscando cimentar y complementar en mayor medida las líneas de política pública que responderán a los diversos componentes por desarrollar. Concretamente en el componente referente al sector salud, actualmente se desarrolla el diagnóstico en salud de esta población, el cual permitirá concretar una ruta de atención en salud a implementar en el marco de la política.

Por lo anterior, se ha procesado tanto la información proveniente de instituciones del nivel nacional como de las administraciones del nivel local de las ciudades que concentran la mayor proporción de población habitante de calle en el país. Para ello, se llevaron a cabo jornadas de trabajo en Barranquilla, Bucaramanga, Medellín y Cali, como insumo indispensable para elaborar las diversas líneas de acción para población habitante de calle, entre ellas la ruta de atención en salud. De igual forma, se ha avanzado en un ejercicio detallado de articulación y coordinación con las entidades competentes, con el fin de que aporten a la comprensión de la problemática y a la puesta en marcha de rutas de acción como respuesta institucional.

## 6.8 Trata de personas

El MSPS, en cumplimiento a las responsabilidades establecidas en la Ley 985 de 2005 y en particular en el Decreto 1066 de 2015–Único Reglamentario del Sector Interior, en lo concerniente a la adopción de la asistencia médica y psicológica inmediata y mediata a las personas víctimas del delito de la trata de personas, ha desarrollado una ruta de gestión de casos que inicia con el reporte del Centro Operativo Anti Trata–COAT del

Ministerio del Interior, realiza la verificación de la afiliación al SGSSS y reporta al respectivo comité departamental, distrital o municipal de lucha contra la trata de personas del lugar en el cual la víctima establecerá su residencia, solicitando la gestión de la asistencia médica y psicológica inmediata y mediata y de ser necesario la afiliación al SGSSS. De igual forma, se solicita la remisión de reporte de la gestión adelantada, para el respectivo seguimiento a casos priorizados por el COAT.

Igualmente, se dio cumplimiento a la primera fase del proceso de articulación, liderado por el COAT, con el propósito de revisar la ruta de atención inmediata y mediata en salud para víctimas de trata de personas, junto con las secretarías técnicas de los comités Departamental de Lucha contra la Trata de Personas de Cundinamarca y de Bogotá, así como con servidores públicos de la secretarías departamental y distrital de salud que integran cada comité.

Finalmente, el MSPS aportó insumos para el Decreto 1036 de 2016, en cuanto a la Estrategia Nacional para la Lucha Contra la Trata de Personas 2016-2018, elaborado en el marco del Comité Interinstitucional de Lucha contra la Trata de Personas.

## 7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SGSSS

El Sistema de Inspección y Vigilancia para el sector se adelanta, de acuerdo con las competencias asignadas por la ley, a través del INVIMA, el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

### 7.1 INVIMA

- **Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sanitaria con enfoque de riesgos**

La ejecución de las actividades de IVC obedece a los lineamientos del Modelo de Inspección Vigilancia y Control Sanitario Basado en Riesgos IVC–SOA. Este modelo evalúa los riesgos de los productos que están bajo su vigilancia considerando tres aspectos: a) la severidad (S); b) la probabilidad de ocurrencia (O); y, c) la afectación (A). Basado en estos conceptos se han obtenido los siguientes resultados:

#### Implementación del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control basado en riesgos IVC–SOA

El modelo se encuentra implementado en 13.396 establecimientos e industrias, discriminados así: 8.122 de alimentos, 781 plantas de beneficio animal, 950 de medicamentos, 83 bancos de sangre, 1.092 de cosméticos, 2.350 de dispositivos médicos y 18 bancos de tejidos.

De estos establecimientos e industrias, el 36% están clasificados en riesgo alto por el tipo de producto que fabrican o importan y por antecedentes sanitarios.

Con base en este modelo, atendiendo las denuncias recibidas, el INVIMA ha realizado 16.714 visitas de inspección en el periodo comprendido entre junio de 2015 y mayo de 2016. Como resultado de estas visitas, se tomaron 1.753 medidas sanitarias, tales como: clausuras, suspensiones, decomisos, congelación, inmovilización, destrucción y desnaturalización; la gran mayoría eran productos alimenticios protegiendo así la salud de los colombianos al impedir que productos con problemas sanitarios llegaran al consumidor final.

Adicionalmente, se definió la estrategia de autoevaluación sanitaria, en la cual el INVIMA acompaña a la Industria y la motiva al cumplimiento de estándares sanitarios.

#### Diseño e implementación del modelo de inspección, vigilancia y control con enfoque de riesgos para puertos, aeropuertos y pasos de frontera

El modelo IVC–puertos basado en riesgos, determina el tipo de inspección que debe realizarse: a) exhaustiva o b) documental. Dependiendo de la calificación de riesgo del producto, fabricante, país de origen, importador y exportador. El modelo se basa en estadísticas e historiales de rechazo; también incorpora reglas de decisiones (alertas sanitarias).

Dentro de la etapa de socialización, se han capacitado 53 funcionarios de los puertos de Buenaventura, Cartagena, Barranquilla, Cartagena; de los aeropuertos de Bogotá, Medellín y Palmira; y los de los pasos de frontera de Ipiales, San Miguel, Cúcuta y Paraguachón.

Utilizando el Modelo IVC Puertos se dejará de inspeccionar una de cada tres solicitudes de ingreso/salida de productos al país; contribuyendo así a la competitividad del país, al ofrecer un trámite más expedito a los exportadores e importadores y se concentrará en la inspección de productos de mayor riesgo, protegiendo así al consumidor.

### **Diseño e implementación del modelo de inspección, vigilancia y control con enfoque de riesgos para las entidades territoriales de salud**

Durante el desarrollo de las actividades de articulación y coordinación con la Entidades Territoriales de Salud–ETS, en lo relacionado a la implementación del modelo de IVC, se han obtenido los siguientes resultados:

- Diagnóstico de las capacidades técnicas y captación de información de las ETS.
- Desarrollo de diecisiete (17) Talleres de Prueba de Instrumentos, en los cuales participaron 21 ETS del orden municipal, 3 ETS del orden distrital y 10 ETS del orden departamental.
- Apoyo y asistencia técnica (Resolución 3753 del 2013), además del MSPS, al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural mediante la realización de 9 eventos con la participación de 26 comités departamentales.
- Adopción de Instrumentos de IVC mediante la Resolución 2015048290 de 2015. Se aprobó la implementación de 10 actas de IVC de alimentos y bebidas para establecimientos de preparación de alimentos, expendios de carne, expendio de alimentos y bebidas, alimentos y bebidas en grandes superficies, almacenamiento de alimentos y bebidas, ventas de alimentos y bebidas en la vía pública, expendios de bebidas alcohólicas, plazas de mercado o central de abastos, ensamble de alimentos y bebidas y para vehículos transportadores de alimentos y 15 documentos transversales.
- Formulación de lineamientos de orientación técnica para la aplicación de la Resolución 3753 de 2013; toma de evidencia de publicidad y acta de toma de evidencia de publicidad.

El desarrollo de las actividades mencionadas ha permitido la unificación de las acciones de IVC sanitario de alimentos bajo los enfoques de riesgo y preventivo, entre las autoridades sanitarias competentes de la IVC de alimentos en el sector salud, con el fin de proteger de manera efectiva la salud de la población.

La actividad de IVC, además de los proyectos contemplados anteriormente, aborda un grupo de programas especiales que concentran aspectos específicos que dieron como resultado respuesta a requerimientos puntuales dentro de los que se encuentran los siguientes:

### Programa Nacional de Farmacovigilancia

El Programa de Farmacovigilancia tiene como objetivo principal realizar vigilancia a los medicamentos, luego que éstos están siendo comercializados para determinar la seguridad de los mismos. El programa cuenta con diversos actores que van desde los pacientes o sus familiares, pasando por el médico tratante, las clínicas y hospitales, las secretarías de salud, hasta los laboratorios farmacéuticos.

En 2015 se captó un total de 124 alertas internacionales de las cuales 108 tenían aplicabilidad local. El Grupo de Farmacovigilancia del INVIMA visitó 115 instituciones de salud a nivel nacional para validar la adecuada tenencia de programas de farmacovigilancia que permitiera realizar monitoreo de los medicamentos en su etapa de post-comercialización.

De igual forma, se realizó un trabajo conjunto entre el MSPS y el INS en el monitoreo y análisis de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) para la gestión del riesgo asociado al uso de vacunas, optimizándose la articulación en los mecanismos de captación y transmisión de la información.

**Tabla 58. Resultados del Programa de Farmacovigilancia**

Acciones	Resultados
21 Informes de seguridad correspondientes: a Calcitriol, Domperidona, Ambroxol - Bromhexina, Ivabardina, Donepezilo, Micofenolato de mofetilo, Tigeciclina, Ziprasidona, Hidroxicina, Dipirona, Oserltamivir, Hidroxietil Almidón, Nimotuzumab, Olmetec - Olmesartan/Hidroclorotiazida, Goserelina, Bimatoprost, Inhibidores de la Dpp-4, Nifedipino, Tecnecio 99 sestamibi, Canaglifozina	14 llamados a revisión de oficio los cuales generaron cambios en los registros sanitarios.
Publicación en página web de 11 alertas sanitarias de Flexdol, Artrivid Plus, 2,4- dinitrofenol (DNP), Artri-OI, Zero Xtreme, Neydil Solución Inyectable - NeyTabsCerebrum, Xiloneural, MetafastRevolution 1 - Duo Slim Line Gold, Ultra ZX, Cafeína Pura En Polvo y Mega Gold Strong	Identificación de sustancias prohibidas en Colombia las cuales causaban riesgos a la salud de la población
Publicación en página web de 2 Informes para Pacientes - Cuidadores sobre Flexdol y Solución Mineral Milagrosa y 8 Informes para Profesionales de la salud que corresponden a los siguientes medicamentos: Ambroxol – Bromhexina, Ivabradina, Isotretinoína, Donepezilo, Micofenolato, Fosfato De Sodio, Ziprasidona, Hidroxicina	Mantener al personal de la Salud actualizado con la última información de seguridad de los productos
Visitas a 115 instituciones de salud a nivel nacional	53.9% de instituciones con el Programa de Farmacovigilancia implementado. 52 instituciones de salud y 1

Acciones	Resultados
	establecimiento de la industria farmacéutica sancionados por no tener su programa establecido

Fuente: INVIMA

## Programa Demuestra la Calidad

Este programa tiene como objetivo realizar la autorregulación en el mercado de los productos competencia del Instituto, que no cumplen con estándares técnicos de calidad nacional e internacional y adelantar acciones de vigilancia post-mercado a fabricantes e importadores que realizan actividades asociadas a la producción, importación, comercialización y consumo de dichos productos.

**Tabla No. 59. Resultados del Programa Demuestra la Calidad**

Acciones	Resultados
<p><b>Medicamentos:</b> análisis de control de calidad a 17 principios activos, 5 formas farmacéuticas que corresponden a 12 grupos terapéuticos diferentes. Toma de muestras en establecimientos farmacéuticos como: farmacias, droguerías, depósitos mayoristas o distribuidores e IPS en el territorio nacional.</p> <p>Análisis de muestras tomadas para 42 laboratorios fabricantes y a 113 registros sanitarios; análisis de calidad a 94 muestras tomadas en las instalaciones de los laboratorios fabricantes y titulares del registro sanitario para suplementos dietarios.</p>	<p>Identificación de 40 muestras con resultado no conforme que corresponden a 14 registros sanitarios.</p> <p>Identificación de sustancias diferentes a las declaradas al momento del otorgamiento del registro sanitario para suplementos dietarios por 20 laboratorios fabricantes que corresponden a 45 registros sanitarios.</p> <p>Dentro de las acciones derivadas de la vigilancia se realizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 llamamientos a revisión de oficio.</li> <li>- 9 <i>Recall</i> u orden de retiros de productos del mercado.</li> <li>- 8 procesos sancionatorios.</li> <li>- 7 alertas sanitarias.</li> </ul>
<p><b>Dispositivos médicos:</b> análisis de control de calidad de preservativos, jeringas, catéteres, equipos de macrogoteo y preservativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de 4 medidas sanitarias consistentes en el decomiso de 273.551 unidades de preservativos.</li> <li>- Aplicación de 1 medida sanitaria de decomiso de 221.000 unidades de jeringas.</li> </ul>
<p><b>Cosméticos:</b> análisis de control de calidad de productos cosméticos para: repelentes de insectos, champú anti-caspa, cremas para contorno de ojos y productos de higiene íntima femenina.</p>	<p>Análisis de muestras por parte del laboratorio del INVIMA cuyos resultados soportaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación medida correctiva de suspensión de notificación sanitaria obligatoria, por presentar muestras fuera de las especificaciones microbiológicas.</li> <li>- Citación de titulares de las notificaciones en donde se encontraron valores de pH por fuera de las especificaciones con respecto de lo declarado ante el Instituto.</li> <li>- Evidencia de la conformidad del cumplimiento de las especificaciones de los productos</li> </ul>

Fuente: INVIMA

## Programa Nacional de Vigilancia y Control de Microorganismos Patógenos y Calidad Microbiológica y Físico-Química en Alimentos y Bebidas

El programa está compuesto por proyectos de monitoreo donde se obtiene información científica para realizar la evaluación de los peligros y la estimación del riesgo que permite establecer las medidas de control basadas en riesgo, así como proyectos de verificación en alimentos donde la vigilancia se basa en el análisis de muestras de alimentos y bebidas en el laboratorio para verificar la calidad e inocuidad de los

productos, como parte de la vigilancia post registro sanitario de los productos sujetos a este requisito y otros alimentos industrializados.

**Tabla 60. Resultados de proyectos de monitoreo y verificación**

Acciones	Resultados
Monitoreo de <i>listeria monocytogenes</i> en la categoría de productos derivados cárnicos listos para consumo (LPC) en 97 establecimientos fabricantes.	Intervención en 21 establecimientos que presentaron resultados rechazados y aplicación de medida sanitaria de decomiso y destrucción a los lotes involucrados.
Plan de muestreo para monitoreo de <i>Esherichiacoli</i> 0157:H7 en carne molida y recortes de carne para moler ( <i>trimmings</i> ) en establecimientos productores seleccionados a nivel nacional	Generación de la línea base de información aportada al MSPS como fundamento para fijar los estándares de desempeño que deberá cumplir la industria nacional para este producto.
Monitoreo de <i>Salmonella spp</i> en pasta de pollo 2015	Generación de línea base de información entregada al MSPS para reglamentación de los estándares de desempeño que deberá cumplir la industria nacional para este producto.
Plan de muestreo para la verificación de parámetros microbiológicos y fisicoquímicos establecidos para las aguas envasadas en la Resolución 12186 de 1991 y norma <i>Codex Stan</i> 108-1981 para aguas minerales.	44 visitas de intervención a establecimientos y restablecimiento del proceso a los requisitos de la norma sanitaria. Aplicación de 30 medidas sanitarias de seguridad consistente en: 4 clausuras temporales totales, 22 congelamientos y 4 decomisos para un total de 917.4 litros de agua envasada.
Plan de muestreo para la verificación contenido de cafeína en bebidas energizantes y mezclas en polvo para preparar bebidas energizantes.	Identificación de pruebas rechazadas por no cumplir con la concentración de cafeína establecida en la Resolución 4150 de 2009 que corresponden a productos importados. Lineamientos para intensificar la vigilancia de estos productos en las futuras importaciones puertos, aeropuertos y pasos de frontera.
Plan de muestreo para la verificación de parámetros microbiológicos y fisicoquímicos establecidos para leche en polvo en el Decreto 616 de 2006	IVC a establecimientos fabricantes cuyos productos presentaron resultados rechazados frente a los parámetros establecidos en la norma sanitaria vigente.
Plan de muestreo para la verificación de parámetros microbiológicos y fisicoquímicos establecidos para queso en la resolución 2310 de 1986 y 1804 de 1989	56 visitas de IVC y se aplicaron 20 medidas sanitarias de seguridad: 3 clausuras temporales total, 3 suspensiones de trabajos y servicios, 5 decomisos y 9 congelamientos.
Plan de muestreo para verificación de contenido de conservantes en bebidas lácteas LPC	Verificación del uso de aditivos en las dosis permitidas en la legislación sanitaria vigente con el fin de proteger al consumidor ya que el empleo generalizado o en cantidades excesivas que pueden aumentar la ingesta total diaria admisible de los conservantes e inducir a un efecto acumulativo perjudicial para la salud.
Plan de muestreo para verificación de contenidos de conservantes, sorbatos y benzoatos en bebidas y refrescos	Verificación del cumplimiento del 100% de las muestras analizadas frente a la Resolución 4125 de 1991.

Fuente: INVIMA

## Programa nacional de vigilancia y control de nutrientes de interés en salud pública

Obedeciendo a la directriz del Plan Decenal de Salud Pública, en la dimensión prioritaria de la seguridad alimentaria y nutricional que incluye la inocuidad y calidad de los alimentos, así como a la Ley de Obesidad, donde se establece que le corresponde al INVIMA controlar los contenidos y requisitos de las grasas trans y grasas saturadas en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a éstas, se formula el plan que

verifica el cumplimiento de la adición de nutrientes obligatorios en harina de trigo y sal para consumo humano y el monitoreo de alimentos que incluyen en el rotulado información nutricional.

El plan apoya las políticas públicas mediante la vigilancia de los nutrientes contenidos y adicionados y verifica que la información brindada a los consumidores de alimentos envasados en las tablas nutricionales de las etiquetas corresponda con el contenido en los mismos, generando confianza en los consumidores acerca de la información relacionada con los macro y micronutrientes.

**Tabla 61. Resultados de proyectos de monitoreo y verificación**

Acciones	Resultados
Plan de muestreo para verificación de contenidos de yodo y flúor en sal para consumo humano.	Como intervención se realizaron 20 visitas de IVC y 2 decomisos.
Plan para monitoreo de micro y macro nutrientes en productos que realizan rotulado nutricional en sus etiquetas conforme a la Resolución 333 de 2011 y plan de muestreo de contenidos de grasas trans y saturadas.	Análisis de los contenidos de grasas trans y saturadas en 129 productos, visitas de IVC a la totalidad de las empresas fabricantes de los productos rechazados.

Fuente: INVIMA

## **Programa Nacional de Vigilancia y Control de Residuos y Contaminantes Químicos en Alimentos y Bebidas**

Durante el desarrollo de los planes subsectoriales de vigilancia de residuos químicos en alimentos y bebidas, en 2015 el INVIMA evaluó diferentes residuos y contaminantes que podrían estar presente en productos de mayor consumo del país. En 2016 se ha continuado con estos planes, 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.

Dentro de los principales hallazgos encontrados en los estudios realizados en el 2015, se destacan, entre otros:

- Concentraciones de mercurio presentes en pescado mota, simí o piracatinga (*Calophysus macropterus*) procedentes de los ríos Amazonas, Putumayo, Orinoco, Meta y Guainía, con 100% de muestras con presencia de mercurio y el 71% de dichas muestras excedieron el nivel máximo establecido para mercurio en pescado, según la Resolución 122 de 2012.
- Estudio de mercurio en pescados dulceacuícola en 2015, procedentes de las cuencas de los ríos Amazonas, Magdalena, Atrato y Orinoco, en la especie de pescado bocachico, se encontró que dichos resultados exceden el nivel máximo permitido de mercurio total en pescado fresco.
- Determinación de niveles de plaguicidas y contaminantes metálicos en 20 productos hortofrutícolas, encontrándose condiciones más críticas en contenido de plaguicidas

en el melón y el tomate, uso de plaguicidas sin registro del Instituto Colombiano Agropecuario–ICA y uso de productos que no están autorizados en el país.

- Para el arroz comercializado en Colombia, se evidencia niveles de metales Cadmio y Plomo con excedencias del nivel máximo permitido.
- En productos de origen animal, especies porcinas y bovinos, se encontraron sustancias prohibidas, tireostáticos y estilbenos, que originaron intervenciones inmediatas por el ICA en las fincas involucradas.

Con base en estos resultados se activó el Grupo Técnico de Trabajo de la Comisión de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias–MSF, con el fin de realizar el diagnóstico de la situación encontrada y generar las medidas de intervención en la producción primaria y en las diferentes fuentes, tendientes a reducir la presencia de estos residuos y contaminantes además de reducir la exposición al consumo de productos contaminados mediante el decomiso de productos que no cumplen con los niveles permitidos.

### Programa Nacional de Tecnovigilancia

El Programa Nacional de Tecnovigilancia desarrolla sus actividades en cuatro (4) líneas de gestión:

- i. **Reportes de eventos e incidentes adversos.** Los resultados señalaron y priorizaron, por su impacto en la salud pública, ocho (8) tipos de tecnologías: Electroodos de marcapasos implantables, prótesis mamarias, lente intraocular, *stent* coronario, bombas de infusión, jeringas y equipos de administración de soluciones. Como resultado del análisis beneficio–riesgo, efectuado por la Sala Especializada, se iniciaron estudios de investigación por parte de las instituciones hospitalarias, en el marco de la tecno–vigilancia intensiva que se implementó durante la vigencia 2015, con continuidad en 2016, generando más beneficios para las instituciones hospitalarias, en cuanto a la disminución de riesgos para los pacientes, en garantizar la efectividad de las tecnologías, fortalecer la gestión del riesgo y mejorar la seguridad del paciente y la calidad institucional.
- ii. **Monitoreo de RISARH** (Alertas Internacionales, *Recall* e Informes de Seguridad). Durante el periodo se gestionaron un total de 326 RISARH, por parte del Grupo de Tecnovigilancia, de los cuales se obtuvo cierre efectivo del 55% del total de casos en estado “abiertos” que aplicaron a Colombia. Actualmente se encuentran en estado “seguimiento” un total de 147 casos, que corresponden al 45%, es decir que cuentan con un plan de acción definido por parte de los importadores o fabricantes de los dispositivos médicos involucrados para minimizar los riesgos o eliminar las fallas de los reportes. Para 2015, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento para esta línea de acción del 92%.

Adicionalmente se realiza el monitoreo a los hurtos de los que son víctimas importadores y prestadores de servicios de salud al interior de sus instituciones y

establecimientos; esta tarea es apoyada por la Unidad de Reacción Inmediata (URI) del INVIMA con el fin de apoyar a la reducción de las redes de contrabando e ilegalidad en el país.

Todos los casos publicados han permitido a los usuarios conocer más del programa, debido a la gestión del INVIMA, generando mayor confianza en el ciudadano, dando respuestas oportunas y realizando IVC sobre los importadores y/o fabricantes que comercializan el dispositivo médico implicado en un evento o incidente adverso, alerta o *Recall* en el territorio nacional. En este sentido, la gestión de alertas sanitarias, se contribuye en el control y seguridad de la tecnología y hace parte integral del proceso de mejoramiento de los programas institucionales de tecnovigilancia.

- iii. **Educación sanitaria. Capacitación y asistencia técnica de los actores del sistema.** Desarrollo de actividades de capacitación (virtual y presencial) y asistencia técnica en temas como: Lineamientos para la implementación de los programas institucionales de tecno-vigilancia, metodologías de análisis de eventos e incidentes adversos (Protocolo de Londres y Análisis Modo Falla Efecto–AMFE) para mejorar la cultura de reporte, seguimiento a las instituciones hospitalarias del país en la implementación de la vigilancia proactiva para la prevención de eventos, entre otros.

En el periodo se realizaron un total de 21 actividades de capacitación, las cuales estuvieron dirigidas a las IPS y secretarías de salud del país, formando a 897 profesionales en las diferentes áreas de la salud, impactando en la política de seguridad del paciente y en la disminución de eventos adversos y complicaciones de salud, como consecuencia de la atención hospitalarias.

- iv. **Red Nacional de Tecnovigilancia.** Como resultado de los procesos de formación (virtual y presencial), se ha incrementado el número de inscritos a la Red Nacional de Tecnovigilancia, contando con un total de 20.127 participantes activos del programa.

### Programa Nacional de Reactivovigilancia

El Programa Nacional de Reactivovigilancia se implementa bajo cuatro (4) líneas de gestión.

- i. **Red Nacional de Reactivovigilancia.** Durante el periodo evaluado, se han inscrito a la red, 1.106 actores, entre los que se encuentran prestadores de servicios de salud e importadores, lo que corresponde a un 52.1% del universo actual inscrito a la red (2.124) y en un 17.9% del universo potencial de usuarios (6.182).
- ii. **Promoción y formación a los actores.** Realización de 18 capacitaciones dirigidas a prestadores de servicios de salud en las ciudades de Montería, Villavicencio,

Bucaramanga, Yopal, Bogotá D.C., Cali, Barranquilla, Quibdó (Chocó), Valledupar, Sincelejo y Neiva, contando con un total de 936 asistentes. Adicionalmente, se han realizado 19 asistencias técnicas. Como resultado de la estrategia de capacitaciones y asistencias técnicas se consiguió que el 63% (24) de los departamentos ya cuenten con referente del Programa de Reactivovigilancia en su área de influencia.

- iii. **Monitoreo, evaluación y publicación de alertas, informes de seguridad y retiros del producto del mercado.** Aplicación de un total de 4 alertas, 52 informes de seguridad y 64 retiros del producto del mercado; en este sentido la gestión ha sido dirigida al importador con el seguimiento pertinente hasta su cierre definitivo.
- iv. **Gestión de reporte de efectos indeseados.** El reporte de efectos indeseados asociados al uso de reactivos de diagnóstico *In vitro*, por parte de los laboratorios clínicos, las IPS y los importadores de reactivos de diagnóstico *In vitro*, ha presentado un incremento bastante notorio. Como resultado de las actividades de implementación del programa, se han recibido y gestionado un total de 177 reportes, lo que corresponde a un 54.1% del total de reportes desde el 2011 a la fecha (327).

### Fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios

El fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios del INVIMA en línea con la mejora continua ha conseguido los siguientes resultados:

- Implementación de 27 nuevas metodologías
- Acreditación en 21 nuevos métodos ante el Organismo de Nacional de Acreditación de Colombia–ONAC
- 100% de pruebas de desempeño satisfactorias en la participación en interlaboratorios, lo que genera un alto nivel de confianza en el análisis de resultados para el laboratorio del INVIMA.
- Aplicación de estándares de calidad a 22 laboratorios departamentales por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del INVIMA, promoviendo la articulación y adherencia a lineamiento de los integrantes de la Red de Laboratorios de Salud Pública.

El fortalecimiento de los laboratorios del INVIMA ha generado un mayor cubrimiento en las actividades relacionadas con salud pública y a los programas de IVC, así como la respuesta a las necesidades de los planes proyectos y programas liderados por la entidad y la ampliación del portafolio de servicios.

Los anteriores aspectos no sólo contribuyen en el cumplimiento de uno de sus objetivos misionales como entidad garante de la salud pública, sino que incrementan el estatus sanitario, la competitividad del país y fortalecen la apertura de nuevos mercados.

## 7.2 Instituto Nacional de Salud-INS

- **Vigilancia**

- Apoyo en el estudio de cohorte para caracterización clínico epidemiológica de los casos de Chikunguña en los municipios de San Juan Nepomuceno y Mahates (Bolívar), logrando la caracterización clínica y epidemiológica de las tres fases de la enfermedad (aguda, sub-aguda y crónica).
- Elaboración de la propuesta de clasificación de muertes por Chikunguña, con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud y el MSPS, siendo pioneros a nivel de las Américas en la generación de instrumentos guía para el análisis de caso.
- Intervención en la presentación de los casos de síntomas comunes presentados en niñas escolarizadas del municipio de El Carmen de Bolívar en el 2015. Se continúa realizando seguimiento a la presentación de crisis de síntomas en el municipio.
- Recomendación sobre intensificación de las atenciones, en el componente de salud mental, en cada una de estas niñas, teniendo en cuenta la intervención del entorno familiar. Se realiza solicitud de las atenciones por especialidades como psicología y psiquiatría de las niñas escolarizadas del municipio de El Carmen de Bolívar.
- Vigilancia del virus Zika.
- Apoyo en la contingencia por evento de virus Zika en el país, de acuerdo a lo establecido en los lineamientos generales y circulares emitidas, específicamente para búsqueda activa institucional de defectos congénitos y muertes perinatales, en gestantes con antecedente o no de cuadros compatibles con infección por virus Zika, búsqueda activa institucional de pacientes con síntomas neurológicos, seguimientos a las muertes del evento y seguimiento a los casos notificados en el SIVIGILA o captados en medios de comunicación u otras fuentes.
- Participación en la mesa de trabajo de expertos de la OPS, Brasil y Argentina para el trabajo colaborativo en la elaboración de las guías de manejo de las afecciones neurológicas posiblemente asociadas a la infección por virus Zika.
- Participación en la mesa de trabajo INS-CDC para el fortalecimiento de los procesos de investigación en vigilancia en salud pública.
- Implementación de la estrategia de vigilancia especial a través de la búsqueda activa institucional de síndromes neurológicos, posiblemente relacionados con la fase expansiva de la epidemia de infección por virus Zika, en busca de obtener el denominador de casos de Síndrome de Guillain-Barré, que se presentan sin el antecedente de infección por virus Zika.
- Elaboración y actualización de lineamientos para la vigilancia en salud pública de la enfermedad por virus Zika, como herramientas de fortalecimiento y guía para las entidades territoriales. (investigación).

### 7.3 Superintendencia Nacional de Salud-Supersalud

Dentro del enfoque preventivo y orientado a la mitigación de los riesgos que afectan la estabilidad del SGSSS y que permita el seguimiento al manejo integral del riesgo por parte de los vigilados, se definieron herramientas de fortalecimiento del enfoque dentro de las cuales se destacan:

**Tabla 62. Acciones implementadas en el nuevo modelo de riesgos**

Actividad	Detalle	Número
Seguimiento indicadores de permanencia y solvencia en EAPB	Especial énfasis en la aplicación del Decreto 2702 de 2014, respecto a capital mínimo y patrimonio adecuado en EPS.	Mensual
Auditorias especiales a EPS	Auditoría con el fin de verificar el cumplimiento de condiciones financieras según Decreto 2702 de 2014.	4
Notas técnicas	Evaluación actuarial a notas técnicas entregadas por las EAPB de planes voluntarios de salud, referentes al cálculo y actualización de tarifa.	85
Formulación y viabilización de Planes de Gestión Integral del Riesgo – PGIR	Se efectuó éste acompañamiento a ESE categorizadas en riesgo medio y alto por el MSPS, que incumplieron con la presentación del respectivo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	85 aprobados 190 acompañam.
Proceso de consultas con entidades vigiladas respecto a la adopción de los marcos normativos aplicables según Ley 1314 de 2009.	Revisión de políticas contables definidas por las entidades y sus respectivas revelaciones en los estados financieros de apertura, así como la valoración del impacto de patrimonial del proceso de adopción. Fruto de dicho análisis se trabajó en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, la Presidencia, la Contaduría General de la República y el Consejo Técnico de la Contaduría en la expedición del Decreto 2496 de 2015, en particular en lo relativo a la ampliación del plazo para el proceso de adopción de las entidades clasificadas en Grupo 2.	160
Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo	A través de la Circular Externa 09 de 2016, la SNS generó directrices propias del SARLAFT en el sector salud, dado que en virtud del cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, la vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas sobre lavado de activos y financiación del terrorismo en el sector, competen a esta entidad	1

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos-Supersalud

- **Supervisión por cumplimiento.**

En el marco de las funciones de inspección y vigilancia se efectuaron las siguientes actividades:

**Tabla 63. Auditorías y visitas realizadas a sujetos vigilados**

Tipo vigilado	Tipo actividad	(Jun.-Dic. 2015)	(Ene.-May. 2016)
<b>Auditoría y visitas realizadas a EAPB</b>	Auditoría especial	45	53
	Auditoría integral	7	
	Visitas		8
	Auditoría documental		3
<b>Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)</b>	Auditoría	148	33
<b>Entidades del Orden Nacional</b>	Auditoría integral FOSYGA	1	
	Auditoría COLJUEGOS	1	
<b>Entidades del Orden Territorial</b>	Auditorías y auditorías forenses	28	9
<b>TOTAL</b>		<b>230</b>	<b>106</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional–Supersalud I

Así mismo, se realizaron auditorías a las EPS con el fin de verificar el cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, identificándose hallazgos relacionados con presunto incumplimiento de los criterios establecidos por la Corte Constitucional con respecto a la falta de oportunidad en la generación de autorizaciones de procedimientos para los cuales se requiere un insumo, de transcripción de órdenes, de manutención y transporte, respuesta de servicios negados y servicios que se han solicitado a través de acciones de tutela.

- **Prestadores de servicios de salud de alto costo**

Se realizaron auditorías especiales a las IPS, que prestan servicios de salud a pacientes con diagnósticos de Cáncer, VIH-SIDA o Enfermedad Renal Crónica (ERC). Los resultados mostraron incumplimiento en lo relacionado con el talento humano, en estándares de habilitación, en el manejo de residuos hospitalarios y en el manejo de citostáticos y citoquímicos.

Igualmente se identificaron barreras de acceso físicas para pacientes discapacitados, encontrando además que algunas de estas IPS no realizan seguimiento a eventos adversos, ni al sistema de referencia y contrareferencia, no cuentan con evidencias de la realización de comités científicos para manejo de tumores ni de capacitación para adherencia a guías.

Finalmente, respecto al manejo de medicamentos, se observó que algunas de ellas no cuentan con almacenamiento seguro de medicamentos, con lo cual se produce un alto riesgo de contaminación cruzada. Tampoco se cuenta con procesos de dispensación segura de unidades, lo que permitió encontrar medicamentos de remanentes útiles en el servicio de farmacia y no en central de mezclas, con alto riesgo de contaminación.

- **Prestadores de terapias ABA**

Se evidenció la prestación de servicios de salud sin la debida habilitación, la atención directa a personas con discapacidad en procesos de habilitación–rehabilitación por profesionales licenciados en Educación y la aplicación de técnicas que no están reconocidas por el MSPS, por no contar con la suficiente evidencia científica sobre su efectividad, como son: hipoterapia o equinoterapia, animalterapia, musicoterapia y arteterapia. Se encontraron vigilados con hasta un 75% de profesionales licenciados en Educación, encargados de la atención de las personas con discapacidad en los procesos de habilitación–rehabilitación, así como deficiencia en el diligenciamiento y archivo de la historia clínica, lo cual no permite evidenciar en su totalidad, la integralidad y secuencialidad de la atención brindada a la persona con discapacidad y su familia.

- **Generadores de recursos**

De igual manera, teniendo en cuenta la importancia y el impacto que para el SGSSS tienen las entidades responsables de la generación y transferencia de recursos al sector, la SNS realizó **auditoría forense** a 16 entidades (loterías, apuestas permanentes, licoreras oficiales y concesionarios de licores), en las que se encontraron 380 hallazgos, de los cuales el 41%, corresponde a hallazgos de tipo contable, seguido del 15% de hallazgos relacionados con el régimen propio del monopolio de juego de suerte y azar y el 12%, relacionado con el SGSSS, focalizándolos en aspectos relacionados exclusivamente con el flujo de recursos a la salud.

De los hallazgos relacionados con el SGSSS, se observó una presunta desviación de recursos por cerca de \$200 mil millones, es decir, dinero que la salud de los colombianos dejó de recibir.

Por otra parte, con el fin de analizar el cumplimiento frente a los planes de mejoramiento suscritos por los sujetos vigilados, con ocasión de las auditorías realizadas por la entidad, se realizaron las siguientes actividades:

**Tabla 64. Seguimiento a planes de mejoramiento**

Tipo entidad	Actividad	Jun.-Dic./15	Ene.-May./16
<b>EAPB - IPS</b>	Planes de mejoramiento evaluados	68	41
	Solicitudes de suscripciones de planes de mejoramiento	58	141
<b>FOSYGA</b>	Seguimiento a acciones de mejoramiento y control	-	3
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>182</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional-Supersalud

Nota: La información relacionada con planes de mejoramiento incluye únicamente aquellos presentados por los vigilados posterior a las auditorías realizadas. No corresponde a las acciones de seguimiento para verificación de su cumplimiento.

- **Sanciones**

En el periodo objeto de análisis, la SNS ha enfatizado en aplicar sanciones por incumplimiento en la prestación de servicios de salud en aquellos grupos que requieren de una mayor acción por parte del Estado, por ser sujetos de especial protección constitucional o sufren de enfermedades de alto costo, así:

- Sanciones por fallas en la prestación de servicios a pacientes con cáncer.
- Sanciones por fallas en la prestación de servicios de salud de menores indígenas del departamento de Chocó.
- Sanciones por fallas en la prestación de servicios de salud de menores indígenas del departamento de La Guajira.
- Sanciones por fallas en la prestación de servicios de salud a adultos mayores.

**Tabla 65. Sanciones proferidas en investigaciones administrativas**

Entidad sancionada	Multas (Jun.-Dic./15)	Valor en miles (\$) (Jun.-Dic./15)	Multas (Ene.-May./16)	Valor en miles (\$) (Ene.-May./16)
<b>EPS</b>	192	\$29.486.100	168	\$13.550.922
<b>Departamentos</b>	35	\$10.210.370	14	\$1.440.508
<b>IPS</b>	74	\$898.224	232	\$1.323.752
<b>Otros vigilados</b>	17	\$1.894	7	\$139.270
<b>Personas naturales</b>	3	\$159.799	10	\$117.207
<b>Municipios</b>	11	\$962.015	1	\$3.447
<b>Régimen especial</b>	13	\$1.377.620	0	0
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>\$43.096.022</b>	<b>432</b>	<b>\$16.575.106</b>

Fuente. Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos-Supersalud

- **Adopción y seguimiento de acciones y medidas especiales**

A mayo de 2016, las entidades vigiladas con medidas especiales fueron 30, de acuerdo con las categorías que se ilustran a continuación:

**Tabla 66. Entidades con medidas especiales**

MEDIDA	Entidades (Dic./15)	Entidades (May./16)
<b>Intervención forzosa administrativa para liquidar</b>	11	13
<b>Vigilancia especial</b>	8	8
<b>Intervención forzosa administrativa para administrar</b>	9	5
<b>Programa de recuperación</b>	4	4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>30</b>

Fuente: Superintendencia Delegada de Medidas Especiales-Supersalud

- **Prestadores de servicio de salud**

Con la implementación de un nuevo modelo de control a las intervenciones de los hospitales públicos, se ha logrado dar solución a problemas que venían afectando la prestación de servicios de salud a los usuarios, así:

- **Entrega del Hospital San Marcos al departamento de Sucre.** Se devolvió al departamento un hospital auto sostenible financieramente, con la totalidad de sus servicios en funcionamiento y una infraestructura renovada.
- **Definición de ruta para resolver la situación del Hospital San Francisco de Asís en el departamento de Chocó.** A mayo de 2016 se encuentra abierta la convocatoria para adjudicar la operación del mismo a un tercero, en cumplimiento de la orden establecida por la Corte Constitucional en el Auto 413 de 2015, con el fin de dar garantía a la continuidad en la prestación del servicio de salud.
- **Hospital Manuel Elkin Patarroyo en el departamento de Guainía.** Este hospital, intervenido desde el año 2009, entró en intervención forzosa administrativa para liquidar el 1 de mayo de 2015, fecha en la cual entró en operación el Modelo Integral de Atención en Salud para zonas dispersas en el departamento de Guainía, mediante el cual se está garantizando la prestación del servicio de salud y el aseguramiento al total de la población residente en éste territorio.
- **Hospital San Jerónimo de Montería y Hospital Departamental de Villavicencio.** En 2015, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa administrativa para administrarlo. En un periodo corto de intervención, la situación de estos hospitales muestra avances significativos en su recuperación.
- **Hospital Departamental de Cartago.** Durante junio de 2015, se ordenó la intervención forzosa administrativa de la ESE Hospital Departamental de Cartago. Sin embargo, debido a que el hospital no se encontraba prestando servicios de salud, por lo tanto no percibía ingresos por la venta de servicios, no se proyectaba una recuperación financiera sostenible. Así las cosas, en noviembre de 2015, se ordenó la Intervención forzosa administrativa para liquidar.
- **El Hospital Eduardo Santos de Istmina.** Durante diciembre de 2015, luego de seis (6) años de intervención para administrar, se levantó la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordenó una medida de vigilancia especial, debido a que los hallazgos relacionados con la prestación del servicio que dieron origen a la intervención se encontraban subsanados en su mayoría.
- **Liquidación de la Corporación IPS SALUDCOOP.** Un caso especial para reseñar es la liquidación de esta IPS, ordenada mediante Resolución 00025 de enero de 2016, la cual tuvo un proceso previo que garantizó que la capacidad instalada con la que contaba, continuara al servicio de los usuarios. De este modo se ha logrado mantener, en la mayoría de departamentos donde tenía presencia la IPS, la garantía de la prestación del servicio de salud a los usuarios mediante la cesión de sedes administradas por la Corporación a otras IPS.

- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)**

De igual manera, en el aseguramiento se tomaron decisiones sobre EPS que no garantizaban una atención integral, eficiente, oportuna y de calidad a los usuarios, así:

- Se ordenó la **liquidación de Golden Group EPS**. Una liquidación corta y eficiente de una aseguradora que ponía en riesgo a la población afiliada por la continua restricción al acceso adecuado y oportuno de los servicios de salud en el SGSSS.
- Se ordenó la **liquidación de Saludcoop EPS**, con una operación compleja en la que se garantizó el aseguramiento y la prestación de servicios de salud a 4,6 millones de usuarios en todo el país. Se inició la primera fase de una serie de medidas que se convierten en una solución definitiva a la difícil situación de Saludcoop EPS que debe finalizar con el cumplimiento de 4 objetivos principales planteados desde el inicio: i) proteger a los usuarios; ii) no poner en riesgo el SGSSS; iii) velar por el pago de las acreencias a los proveedores y prestadores; y, iv) velar por los derechos de los trabajadores;
- La **Superintendencia Nacional de Salud generó el insumo técnico para liquidación de Caprecom EPS**: Mediante Decreto 2519 del 2015, el MSPS suprime la Caja de Previsión social de Comunicaciones–CAPRECOM EICE, ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones. La Superintendencia Nacional de Salud suministró el insumo necesario para dicho acto administrativo a partir del seguimiento y monitoreo a las medidas de Programa de Recuperación y Vigilancia Especial adoptada por esta Superintendencia.
- **Terminación de procesos de liquidación**. De las entidades en liquidación, terminaron su proceso en la vigencia 2015 tres (3) EPS del régimen subsidiado (Camacol, Comfaca y Selvasalud) y dos (2) EPS del régimen contributivo (Golden Group S.A. y Salud Colombia EPS)

- **Administración de justicia y resolución de conflictos dentro del SGSSS**

### Función de conciliación

A través de la función de conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) ha logrado la suscripción de acuerdos de pago de las deudas existentes entre entidades responsables y las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública y privada, lo que contribuye al adecuado flujo de recursos del SGSSS, tal como se muestra a continuación:

**Tabla 67. Actas-calor conciliación junio-diciembre de 2015 y enero-mayo 2016**

Periodo	Actas	Valor en miles de \$ (Jun.-Dic./15)
Jun.-Dic. 2015	611	\$ 165.360.868
Ene.-May. 2016	306	\$ 131.926.630
<b>TOTAL</b>	<b>917</b>	<b>\$ 297.287.498</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación-Supersalud

### Función jurisdiccional

Durante el periodo analizado, la SNS ha proferido 1.358 sentencias, a través de las cuales se reconocen los derechos de los usuarios y en general de los actores del SGSSS.

**Tabla 68. Actas de sentencias emitidas (junio-diciembre de 2015), por asuntos de competencia**

Periodo	Incapacidad	Licencia maternidad	Reconocim. económicos	Glosas	Libre elección	Prestaciones No-POS	Otros	Total general
Jun-Dic. 2015	287	106	154	61	33	73	38	752
Ene-May 2016	276	145	69	36	32	21	27	606
<b>Total</b>	<b>563</b>	<b>251</b>	<b>223</b>	<b>97</b>	<b>65</b>	<b>94</b>	<b>65</b>	<b>1.358</b>

Fuente: Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación-Supersalud

## 8. GESTIÓN SECTORIAL

En cumplimiento de las políticas de desarrollo administrativo, de manera específica, las relacionadas con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las entidades que conforman el sector han desarrollado acciones que fortalecen su gestión.

### • Ejecución presupuestal

Con la expedición del Decreto 2240 de 2015, previa autorización conferida por el Consejo de Ministros, se aprobó una reducción a diferentes apropiaciones de los órganos que conforman el Presupuesto General de la Nación hasta por la suma de \$9 billones y se derogaron los Decretos 377,1340, 1688 y 1985 de 2015, mediante los cuales se realizaron y modificaron aplazamientos al presupuesto a lo largo de la vigencia 2015.

Tras la expedición del mencionado Decreto, los \$64.713 millones del sector salud que se encontraban aplazados, fueron reducidos. Esta disminución de los valores apropiados se vio acompañada de otras modificaciones al presupuesto (créditos y contra-créditos), llevaron a que la apropiación presupuestal total del sector al cierre de diciembre de 2015 superara los \$13,3 billones.

Como consecuencia de las modificaciones descritas, la composición del presupuesto de 2015 cerró con la siguiente estructura:

- 35% lo constituyen los gastos de inversión
- 65% lo constituyen los gastos de funcionamiento

Por su parte, la dinámica en cuanto a la ejecución<sup>17</sup> fue la siguiente:

- \$13,40 billones apropiados
- \$13,19 billones (98,6%), comprometidos
- \$13.17 billones (98,4%), obligados

Del presupuesto de funcionamiento, se comprometió el 99% y se obligó el 98.9%. Del presupuesto de inversión, se comprometió el 97.8% y se obligó el 97.6%.

Lo anterior pone de relevancia un rango óptimo de ejecución presupuestal, tanto para compromisos, como para obligaciones, en comparación con las metas establecidas en el convenio de desempeño.

---

<sup>17</sup> Con esta ejecución, el Sector Salud y Protección Social, ocupó el tercer puesto en 2015 en comparación con los otros 30 sectores del nivel nacional.

Para la vigencia 2016, la apropiación del sector es de \$13.79 billones, de los cuales, 34% (\$4,69 billones), corresponden a gastos de inversión y el restante 66% (\$9,10 billones) para funcionamiento.

Con respecto de los recursos del rubro de inversión, a la fecha de elaboración del presente informe se ha comprometido el 63,9% y obligado el 60,1%. En cuanto al rubro de gastos de funcionamiento, el 51,9% y el 50,2%, se ha comprometido y obligado, respectivamente, para un resultado agregado en compromisos del sector del 56,0% y del 53.5% en obligaciones.

- **Simplificación de trámites, planes anticorrupción, transparencia, atención al ciudadano y SIGI**

Las entidades continúan en interacción con el Departamento Administrativo de la Función Pública–DAFP, para la actualización y reporte de los trámites, que se administran a través del Sistema Único de Información de Trámites–SUIT.

Este componente de gestión va unido a los desarrollos que en materia de sistemas de información el cual se ha venido implementando y fortaleciendo, con el propósito de hacer más accesible a la ciudadanía los servicios que las entidades del sector brindan, con el objeto de mejorar la calidad de vida e incrementar la credibilidad en el sistema.

Siguiendo los lineamientos del DAFP, las entidades del sector iniciaron la revisión y ajustes de los planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en los cuales se han venido identificando, a través del mapa de riesgos, los eventos que pueden poner en peligro en logro de objetivos o el cumplimiento de las funciones asignadas a las entidades (riesgos), para su caracterización.

En razón a que no se han materializado ninguno de los riesgos identificados, no se ha formulado ningún plan de mejoramiento; no obstante, se dispone de la metodología a aplicar en el evento de que alguno se materialice. Éste y los demás elementos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión Institucional (SIGI), fueron objeto del seguimiento que el DAFP hace.

En cuanto al SIGI del MSPS se destacan las siguientes actividades adelantadas:

- Actualización, reestructuración del sistema y simplificación del mapa de procesos del Ministerio.
- Formación y actualización de auditores internos de calidad en fundamentos ISO 9001:2015 y NTCGP1000:2009.
- Elaboración del procedimiento de Licencias de Fabricación y Producción de Cannabis con su respectivo trámite en el SUIT y actualización de las guías del procedimiento.
- Planificación de las auditorías internas de calidad a realizar durante 2016.

En cumplimiento con lo establecido en la Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios 103 y 1081 de 2015, el MSPS realizó diferentes acciones en pro de implementar cada uno de los requerimientos exigidos por la Ley.

Estas acciones se ven reflejadas en los contenidos que se encuentran dispuestos en el sitio web, en la página de transparencia, dirigidos a mejorar los canales de atención, herramientas de consulta y accesibilidad para el ciudadano:

<https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/transparencia-acceso-informacion.aspx>

Con la implementación de la política pública de Transparencia y Acceso a La Información se ha orientado la gestión institucional hacia la eficacia, eficiencia y efectividad, habilitando espacios para que la ciudadanía participe y se informe sobre los servicios y trámites.

La gestión institucional realizada durante la vigencia 2015, frente al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, se estructuró de acuerdo a los indicadores del Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión–FURAG que contempla las cinco políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión–MIPG. Los resultados obtenidos reflejan el interés y compromiso de la entidad en fortalecer los espacios de comunicación con los ciudadanos pasando de un puntaje del 77.29 en el FURAG 2014 al 84.19 en el 2015.<sup>18</sup>

En marco de la cultura de integridad y control social, y con apoyo de la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica, el Ministerio trabajó en buenas prácticas que redundan en la construcción de un estado participativo:

- La implementación de la estrategia de integridad y transparencia,
- En la consolidación del Termómetro de Precios de Medicamentos.
- El desarrollo del aplicativo móvil (“ClicSalud”) para que los ciudadanos tengan acceso fácil a información clave sobre temas de salud tales como precios de medicamentos, calidad de EPS e IPS, etc.

Así mismo se lidera y asume el Decálogo de Transparencia e Integridad que contiene compromisos para prevenir los riesgos de corrupción y garantizar la transparencia en dos procesos claves del direccionamiento del sistema de salud, de conformidad con la Constitución y con la legislación vigente -en particular, con la Ley Estatutaria de Salud– como lo son:

- La regulación de precios de medicamentos.
- La definición del plan de beneficios.

En ambos casos, el Ministerio quiere asegurar procesos transparentes e íntegros que respondan a los contenidos de la Política Farmacéutica Nacional (Documento CONPES 155 de 2012), del Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011), de la Política Pública Integral Anticorrupción (Documento CONPES 167 de 2013) y de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014), en armonía con

---

<sup>18</sup> Informe de avance. Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República. Noviembre, 2015.

las buenas prácticas internacionales, en especial las de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico–OCDE.<sup>19</sup>

El mejoramiento de la atención al ciudadano se ha venido constituyendo en un elemento medular de la gestión de las entidades, asumiendo el rol que la razón de ser del Estado es la satisfacción de necesidades de los ciudadanos.

En el proceso de fortalecimiento de este aspecto, mediante la implementación de tecnologías y la aplicación de la normativa en diferentes temáticas, se trabaja en la mejora continua de los servicios, acudiendo como mecanismo de monitoreo al sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias–PQRS, a fin de brindar respuesta oportuna y eficiente al sentir de los usuarios y en procura de identificación de oportunidades de mejora, fundamentadas en las PQRS.

- **Ajustes institucionales y mayor capacidad técnica en el sector**

Con algunos ajustes institucionales se ha logrado un importante fortalecimiento en materia de evaluación de las políticas públicas en salud (para la toma de decisiones basadas en evidencia) y de la capacidad técnica (“tecnocracia”) tanto en el Ministerio como en las entidades fundamentales del sector (INS, INVIMA, Supersalud, entre otras).

Se destaca la conformación del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, el cual tiene por objeto generar nuevo conocimiento que permita asesorar a la alta dirección del Ministerio y a las entidades adscritas en la toma de decisiones de política pública basada en evidencia.

En este sentido, se han realizado las gestiones y articulaciones interinstitucionales e institucionales necesarias para contar con diferentes resultados y avances en los siguientes aspectos:

### Evaluaciones

- Elaboración de la evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (según Art. 2, Ley 1438 de 2011).
- Construcción de la evaluación de la intervención de los equipos extramurales que realizan acciones en salud y nutrición en la Alta Guajira: Riohacha, Maicao, Uribia–Nazareth y Manaure.
- Construcción de la evaluación de la implementación de la Resolución 1479 de 2015 sobre No-POS en el régimen subsidiado.

---

<sup>19</sup> FIIAPP. Decálogo de transparencia e integridad para la regulación de precios de medicamentos y la definición del plan de beneficios en Colombia.

- Apoyo metodológico en la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010–2020 (con la Subdirección de Salud Nutricional del MSPS y la OPS).
- Apoyo metodológico en la evaluación al Programa de Prevención y Reducción de Anemia Nutricional en niños y niñas de 6 a 23 meses en los departamentos de La Guajira y Bolívar (con el DNP).
- Apoyo metodológico en la evaluación del Modelo de Atención y Prestación de Servicios en Salud para Zonas Dispersas–Guainía (con el DNP).

### **Estudios**

- Estudio No-POS en el régimen contributivo: procesamiento y análisis de las bases de datos de recobros al FOSYGA por tecnologías en salud no cubiertas en el POS.
- Atlas de la Salud: procesamiento y análisis de información relevante del sector, empleando geo-referenciación y metodologías de estudio a profundidad en el ámbito social.

### **Inteligencia estratégica**

- Elaboración de una revisión sistemática de las intervenciones para la reducción de la mortalidad materna.

### **Difusión y gestión del conocimiento**

Se creó un escenario de discusión y diseminación de estudios, investigaciones y evaluaciones del sector salud bajo la modalidad de seminario. Busca incentivar el debate a través de la interacción entre los expositores y los participantes, brindando elementos para la formulación, debate y ajuste de la política pública en salud y protección social. A la fecha se han realizado cinco (5) seminarios: i) Equidad en el gasto No-POS; ii) Piloto Atlas Salud; iii) Impuesto a las bebidas azucaradas; iv) Impuesto al tabaco; y, v) Aplicación del “*Urban Health Index*” para medir la inequidad en resultados en salud en Colombia. Adicionalmente, se cuenta con el primer volumen (sobre impuestos al tabaco) de una serie de documentos técnicos relacionados con política pública en salud, denominado “Papeles en Salud”, la cual tiene como propósito servir como herramientas para la toma de decisiones de política pública, que aporten al debate del sector y que permitan mejorar la calidad de las intervenciones.

#### **• Sistemas de información–SISPRO**

En materia de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), el Ministerio dispuso, por primera vez, información de salud de la persona para consulta por el ciudadano. Esto, a partir del desarrollo del Sistema de Afiliación Transaccional–SAT y de la disposición de los datos básicos de la historia de salud del ciudadano,

proyectos que apuntan a la unificación de la información, a facilitar el acceso a los servicios de salud y a la portabilidad de los datos.

El MSPS inició, desde el 2015, el desarrollo del Sistema de Afiliación Transaccional–SAT, con la expedición del Decreto 2353 del 2015 y el lanzamiento del portal de salud [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), en diciembre de dicho año. Este Sistema, permite verificar la información básica actual del afiliado y la de su grupo familiar, en lo correspondiente a salud, así como los aportes efectuados. A la fecha se encuentra en desarrollo y pruebas el Módulo de Registro de Aportantes, con el cual se reportará directamente en el Sistema y se prevé en el 2017 la puesta en operación de todas las funcionalidades de salud establecidas en el Decreto 2353. El SAT tiene 28.571 ciudadanos registrados a mayo de 2016.

El Sistema de Afiliación Transaccional se estructura sobre la información de la tabla de evolución de documentos de identificación de afiliados a la protección social y el intercambio de información entre la Base de Datos Única de Afiliados a Salud–BDUA, el Registro Único de Afiliados a la Protección Social–RUAF, la base de datos de Regímenes de Excepción–BDEX y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social–PILA.

Para la depuración y unificación de la información de los afiliados a la protección social, el Ministerio dio continuidad a las actualizaciones de la tabla de evolución de documento de identificación<sup>20</sup> con alrededor del 90% de registros de multiafiliados depurados en la BDUA. Así mismo, implementó la Resolución 2232 de 2015 para la consolidación de la totalidad de la información de afiliación con la inclusión de los planes voluntarios de salud en la BDUA para los diferentes cruces; aplicó la Resolución 4894 de 2015, para la depuración de datos de afiliados a salud contenidos en la BDUA frente a la información que reporta la Registraduría Nacional del Estado Civil y la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia. Adicionalmente, continuó con el intercambio de información entre PILA y BDUA, en virtud de la Resolución 1015 de 2015, con la disminución a 0,7%, del número de cotizaciones efectuadas a EPS diferentes a las registradas en la BDUA. Finalmente, con la Resolución 2634 de 2014 sobre interoperabilidad PILA y RUAF, se busca garantizar que el pago del aporte en pensión se efectúe en la administradora correcta.

De igual manera, desde 2015 el Ministerio trabaja en la implementación de los datos básicos de la historia de salud del ciudadano. Actualmente se disponen los datos de atenciones de salud reportados en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud–RIPS en los dos últimos años. A estos registros sólo puede acceder el ciudadano plenamente identificado en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), para garantizar el *habeas data* y la protección de datos personales. Se avanzó además en el desarrollo del

---

<sup>20</sup> Asocia los diferentes documentos de identidad de una persona a través de un serial, con el fin de tener la correcta identificación de los afiliados a la protección social. Esta información constituye la base para la integración de los diferentes sistemas de información de salud y protección Social.

conjunto de datos mínimos de salud para las IPS, con la construcción del prototipo correspondiente.

Para facilitar el intercambio de datos entre sistemas de información y su comparabilidad, el MSPS trabaja desde 2014 en la estandarización de datos, lo que permite la integración de datos de diferentes fuentes que tienen como unidad de análisis al ciudadano, entre ellas los datos de aseguramiento con los de atenciones en salud, condición de discapacidad, víctimas, entre otros.

Para tal efecto, se han expedido los siguientes catálogos: i) Circular 24 de 2015, catálogo común de patologías para el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud–RIPS; ii) Resolución 2048 de 2015, catálogo de enfermedades huérfanas, que actualiza el listado de enfermedades huérfanas y define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas; y, iii) Resolución 3166 de 2015, estándar de datos para medicamentos de uso humano.

Durante este periodo se implementaron medidas específicas para mejorar la consistencia del dato, la oportunidad en el reporte y la disposición de la información de RIPS, con la eliminación del proceso de depuración y validación manual por procesos automatizados. Con esto, la disposición de datos a los diferentes usuarios que se hacía cada seis meses, a través de la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, pasó a disponerse de manera mensual, con corte al mes anterior.

La disposición de los datos de Salud y Protección Social se efectúa a través de la bodega de datos del SISPRO con servicios de información a los usuarios tales como cubos, consultas predefinidas, consultas y mapas dinámicos. Hoy en día, la bodega integra información de 34 fuentes, de las cuales 20 corresponden a registros electrónicos por persona. Estos datos recolectados a través del tiempo permiten hacer la trazabilidad en temas relacionados con la afiliación a la seguridad social, enfermedades, atenciones en salud, cumplimiento de protocolos para atención de enfermedades y gestión del riesgo individual. Esta información nominal se dispone en forma estadística para los diferentes actores y se entregan los datos anonimizados para investigaciones.

Entre 2015 y 2016 han sido dispuestos nuevos servicios a través de la bodega de datos, tales como: caracterización de la población de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), el Observatorio de Discapacidad, el modelo multidimensional para la Resolución 4505 de 2012, que permite hacer diferentes consultas sobre registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública y se crearon nuevos servicios de información geográfica que permitieron el seguimiento para el Chikunguña, el Zika y el Servicio Social Obligatorio.

En el 2015 se realizaron 1.043.643 consultas a la bodega de datos y 160.255 en el primer trimestre de 2016.

En aplicaciones móviles, de acuerdo con lo establecido en la Estrategia de Gobierno en Línea–GEL y específicamente en uno de los componentes definidos “TIC para Servicios”, que comprende el logro de servicios centrados en el usuario a través de canales electrónicos, el Ministerio tiene dispuestas seis (6) aplicaciones móviles para su respectiva descarga por parte de los usuarios: Autocuidate, SaluDatos, Colombia SIVigila, Guías de Práctica Clínica–GPC, DiscApp y ClicSalud.

Con relación a los trámites en línea, se optimizaron los publicados en sitio web: Autorización del ejercicio de la especialidad de Anestesiología, constancia de necesidades de recurso humano para obtener VISA de estudiante, afiliación en forma colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral a trabajadores independientes, miembros de agremiaciones, asociaciones y comunidades religiosas.

En enero de 2015, el Ministerio obtuvo la certificación ISO 27001:2013 para cuatro procesos fundamentales en la protección y privacidad de datos, lo que le permite posicionarse, en el sector público como líder en seguridad de la información. Este logro implica el cumplimiento de los requisitos exigidos por el estándar internacional de gestión de seguridad de la información y el compromiso con la reducción del riesgo al que está expuesta la información de la ciudadanía y que puede afectar su confidencialidad, integridad y disponibilidad.

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 tales como: Manejo de la información de deudas del régimen subsidiado, Resolución 260 de 2015 y tecnologías sin cobertura en POS para el régimen subsidiado, Resolución 1479 de 2015.

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 21 aplicativos misionales y la plataforma de transporte de archivos PISIS con la disposición de información necesaria para la gestión del sector. En el siguiente cuadro se ilustran los avances más destacados

**Tabla 69. Aplicativos y plataforma del SISPRO y servicios**

Aplicativos / plataforma	Descripción del servicio
<b>1.Sistema de Afiliación Transaccional SAT-Salud</b>	Este sistema entró en operación en 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 (Decreto 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

Aplicativos / plataforma	Descripción del servicio
<b>3.Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF</b>	el régimen contributivo, Decreto 971 de 2011 para el régimen subsidiado. 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 SGSS. 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.
<b>5.RUAF- 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 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. Periodicidad del reporte: trimestral Uso: información pública, disposición de información detallada para estudio de suficiencia, UPC y regulación de precios por la CNPMDM y el MSPS, y para el pago de recobros que tiene como prerequisite el reporte de precios de medicamentos de las EPS.
<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 ( <a href="http://www.sispro.gov.co">www.sispro.gov.co</a> ): 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 y trámites y servicios</b>	Portal web de Minsalud y trámites y servicios automatizados dispuestos al ciudadano, a través de la Estrategia GEL. La estrategia se ha desarrollado de acuerdo con los lineamientos y fases establecidas, inicialmente en el Decreto 1151 de 2008 - Manual 2.0 de MinTIC, con cumplimiento por el MSPS del 100% de los requisitos, en los tiempos previstos, en el 2011. En la actualidad se trabaja en el cumplimiento de los requisitos definidos 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 MSPS. 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 IPS 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.
<b>14.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 IPS 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>15.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>16.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

Aplicativos / plataforma	Descripción del servicio
<b>17.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>18.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>19. 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>20.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>21. 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>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 8.000 entidades, entre EPS, IPS, municipios, mayoristas, laboratorios farmacéuticos, cajas de compensación, operadores de información de PILA y entidades financieras.

Fuente: MSPS-Oficina TIC