

# Rendición de cuentas

# Informe de Gestión 2016

BOGOTÁ, D.C, FEBRERO DE 2017



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

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

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**  
Viceministro ( E ) de Salud Pública y Prestación de Servicios

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

#### DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Luis Gabriel Fernández Franco**  
Director Jurídico

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

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

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

**Germán Escobar Morales**  
Jefe Oficina de Calidad

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

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

**Ricardo Adolfo Amórtegui González**  
Grupo de Comunicaciones

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

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

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

**Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga**  
Director de Promoción y Prevención

**José Fernando Arias Duarte**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**Luis Carlos Ortiz Monsalve**

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

**Héctor Eduardo Castro Jaramillo**

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**Andrés López Velasco**

Director U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

**VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL****Diana Isabel Cárdenas Gamboa**

Directora de Financiamiento Sectorial

**Félix Régulo Nates Solano**

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

**José Luis Ortiz Hoyos**

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

**Álvaro Rojas Fuentes**

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

**SECRETARÍA GENERAL****Nohora Teresa Villabona Mujica**

Subdirectora de Gestión del Talento Humano

**Martha Ruby Narváez Otero**

Subdirectora de Gestión de Operaciones

**Margarita María Gil Garzon**

Subdirectora Administrativa ( E )

**Manuel José Canencio Maya**

Subdirector Financiero

**Consuelo García Tautivá**

Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

Crédito diseño de la portada: Grupo de Comunicaciones

Elaboración:

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

Javier Ricardo Bohórquez G. – Contratista (elaboración inicial del documento y corrección de estilo)

Introducción del documento:

Mario Fernando Cruz Vargas

Javier Ricardo Bohórquez G.

## Contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>I. Resultados del sistema de salud.....</b>	<b>13</b>
Cobertura del sistema .....	13
Acceso a los servicios y estado de salud de la población .....	15
<b>II. Implementación de la Ley Estatutaria en Salud (LES).....</b>	<b>19</b>
Eliminación de los Comités Técnico-Científicos (CTC) y creación de MIPRES: Resolución 3951 de 2016 .....	19
Plan de beneficios en salud y exclusiones.....	20
Afiliación: menos barreras. Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud .....	22
Sanciones por negación de servicios.....	22
Política Integral de Atención en Salud (PAIS): Resolución 429 de 2016 .....	22
<b>III. Acciones en salud pública .....</b>	<b>23</b>
Vacunación .....	23
Zika: Cierre de la epidemia e investigación de la enfermedad .....	24
Acciones ante la desnutrición aguda y situación humanitaria en la Alta Guajira .....	26
Postconflicto .....	27
Plan Marco de Implementación del acuerdo final con las FARC .....	28
Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud .....	29
Impuestos saludables .....	33
<b>IV. Acciones para mejorar la calidad y el acceso a los servicios .....</b>	<b>37</b>
Guías de práctica clínica.....	37
Sistema de Información para la Calidad–SIC .....	37
Obras en salud.....	38
Becas crédito .....	39
<b>V. Soluciones para la recuperación financiera del sistema .....</b>	<b>40</b>
Ajustes normativos al SGSSS: Ley 1797 de 2016 .....	40
Liquidación de CAPRECOM .....	41
Liquidación de SALUDCOOP y venta CAFESALUD. ....	42
Plan de salvamento de SaviaSalud: Estrategia para alcanzar el equilibrio financiero .....	43
<b>VI. Sector Salud: ejemplo de buena gestión.....</b>	<b>45</b>
Ejecución presupuestal.....	45
Fenecimiento de la cuenta fiscal 2015 según la auditoría de la CGR realizada en 2016 .....	46
Certificación ISO 9001:2008, NTCGP1000:2009 del Minsalud .....	47

## Introducción

La consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), después de algo más de 20 años de expedida la Ley 100 de 1993, ha sido el mayor logro que ha tenido el país en materia social. Esto se ha conseguido a través de un proceso permanente, gradual e incremental de reformas que ha seguido los principios orientadores consignados en la extensa normatividad y jurisprudencia que regula el sector, en los sucesivos Planes Nacionales de Desarrollo y en el énfasis realizado por de cada una de las administraciones y ministros de esta cartera.

Estas reformas se han nutrido del 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, las capacidades de los actores que hacen parte del sistema y la realidad fiscal del país. En general, ha comprendido innovaciones considerables al modelo de salud y han perseguido la sostenibilidad financiera del sistema.

En este sentido, vale la pena señalar una alusión realizada por el médico y filósofo estadounidense Ezekiel J. Emanuel, en su libro *Reinventing American Health Care* sobre los esfuerzos reformistas de su país a los sistemas de salud durante el gobierno Obama y que recogió el ministro Gaviria en uno de sus artículos denominado **Lecturas sobre complejidad y salud**.

“Un sistema de salud es un sistema abierto y complejo. Todos sus elementos están interconectados: quién presta el servicio, quién lo financia, quién lo paga, quién regula la transacción, etc. Esta complejidad implica que toda reforma tendrá consecuencias negativas e imprevistas. Incluso los cambios necesarios causarán problemas y desajustes. No existe un sistema ideal. Tampoco existe una reforma definitiva. Una vez un problema es resuelto, otros problemas, fallas y desafíos se harán evidentes. Los esfuerzos para mejorar los sistemas de salud son sisifescos casi por definición. Con una salvedad: la roca no siempre retorna al mismo punto. Algunas reformas pueden decididamente mejorar las cosas”.

Por su parte, 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, a medicamentos, tecnologías y vacunas seguras y la eliminación de inequidades en las condiciones de salud. 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 prácticamente un objetivo cumplido. En 2016, el 96% de la población (cerca de 47 millones de habitantes<sup>1</sup>) se encontraba asegurada en salud. Así mismo, con la actualización de los planes de beneficios y la unificación entre los regímenes subsidiado y contributivo, los colombianos –sin distingo de clases sociales– tienen

<sup>1</sup> En el régimen subsidiado el número de afiliados es de 22,2 millones de personas, igual que en el régimen contributivo y existe un estimado de 2,3 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados o especiales (cifras a diciembre de 2016).

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. En términos de los indicadores que miden los sistemas de salud de los países, como la cobertura, el gasto de bolsillo, la autopercepción del estado de salud, la mortalidad infantil, Colombia se destaca al compararse con países de la región y de un similar nivel de desarrollo.

No obstante que los logros del SGSSS colombiano son en buena parte reconocidos, los esfuerzos recientes se ha dirigido a mejorar aspectos importantes como el acceso, calidad, oportunidad, equidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema. Es así como se han producido implementaciones paulatinas en relación con normas fundamentales para el sistema 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”. Así mismo, como se ampliará más adelante, se han producido una serie de medidas de carácter financiero y operativo para seguir avanzando en el proceso de saneamiento de deudas, el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del SGSSS, como las contempladas recientemente en la Ley 1797 de 2016.

En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud (LES) ha definido la salud como un derecho humano fundamental, lo que significa que el acceso a los servicios y tecnologías esenciales es una obligación del Estado y una cuestión de dignidad humana. Ante su sanción, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) avanzó en 2016 en distintas dimensiones, incluyendo la implementación del mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, que permite ampliar progresivamente los beneficios (mecanismo finalmente adoptado mediante Resolución 330 del presente año). De esta manera, los pacientes tendrán derecho a que se les cubran todas las tecnologías, excepto aquellas que estén expresamente excluidas del plan de beneficios, como los son las que tienen fines cosméticos, que carecen de efectividad, seguridad y eficacia, que tuvieran que ser provistas en el exterior, que no cuenten con aprobación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) o en fases de experimentación.

Por otra parte, igualmente en armonía con la LES, en la que se establece que el servicio en salud no puede ser suspendido por razones administrativas o económicas, se destaca el Decreto 780 de 2016, o decreto único del sector salud, que busca mejorar aspectos fundamentales del SGSSS como el acceso, la continuidad e integralidad de los servicios de salud. Este decreto, entre otros aspectos, simplifica y actualiza las reglas de procesos como aquéllos relacionados con la afiliación. Por ejemplo, clarifica las condiciones de acceso a los servicios en el caso de las madres gestantes, protegiendo de manera especial a este tipo de población.

Adicionalmente, el MSPS logró expedir en 2016 las Resoluciones 1328 y 3951 que actualizaron lo relacionado con el procedimiento para la prescripción, de servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Con ello, los Comités Técnico Científicos (CTC) han sido reemplazados por un sistema de información en línea. De esta manera se desarrolló la Ley 1751 de 2015 si se tiene en cuenta que desde el 1º de diciembre de 2016 los ciudadanos que requieren medicamentos, tecnologías o procedimientos que no están incluidos en el PBS pueden recibirlos sin que medien autorizaciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), simplificando los trámites para el usuario. El nuevo sistema está siendo implementado por todas las EPS e inició de manera gradual en las prestadoras de servicios que



suministran servicios y tecnologías no cubiertas en el PBS. Este mecanismo ha fortalecido la autonomía médica (enunciada en el Art. 17 de la LES) así como la disposición de la información para su autorregulación.

Por otra parte, mediante Resolución 429 de 2016, en cumplimiento de la LES y del Art. 65 del Plan Nacional de Desarrollo (PND), se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). 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, se priorizan las atenciones en el entorno familiar, social y comunitario. Igualmente, se han implementado gradualmente las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS) 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 enfermar o que ya tenga un daño en la salud. Con el MIAS se fortalecen los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. Adicionalmente, se espera que la coordinación se centre en 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, reconociendo las particularidades étnicas y geográficas existentes.

Adicionalmente, en cumplimiento del PND, se han desarrollado las iniciativas acordes con la política farmacéutica (implementada desde 2012 mediante documento CONPES 155), inversión para los hospitales, medidas para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles e importantes esfuerzos para mejorar el manejo de los recursos de la salud.

En el marco de la política farmacéutica, 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, por ejemplo, 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 40% en los valores internos. Los ahorros obtenidos superan el billón 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 trabaja en promover 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 otra parte, muchas agencias multilaterales han instado a los países a usar las llamadas flexibilidades a los acuerdos sobre propiedad intelectual pero en la práctica existen obstáculos. En este sentido, se 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. Es así como en abril de 2016, el MSPS 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 MSPS 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 determina por intermedio de una metodología (Circulares 3 y 4 de 2016 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos) que simula condiciones de competencia (como si existieran genéricos del medicamento en el mercado).

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 Art. 71 del PND. También, en conjunto con 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 responde 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 avanzado en una propuesta para que el INVIMA pueda modificar las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de un medicamento a solicitud del MSPS ante la posibilidad de usos alternativos (conocidos como “*off label*”).

De otro lado, se siguen dando soluciones los problemas financieros del sector. Entre las causas de estos problemas se encuentran hechos de corrupción, informalidad, fallas en la regulación y el



control, así como (una de las más importantes causas) la incorporación desordenada de nuevas tecnologías. Muchas veces estas causas se confunden con sus manifestaciones: cartera, deudas, patrimonios deteriorados, entre otras. Ante ello, las soluciones implementadas comprenden medidas de liquidez, saneamiento de pasivos, pagos de deudas no POS, ajuste a procesos, nuevos recursos para el sistema, la recuperación patrimonial, instrumentos financieros como la compra de cartera, los créditos blandos, los Bonos Convertibles en Acciones (BOCAS), así como los procesos de liquidación de EPS como CAPRECOM, SALUDCOOP y la venta de CAFESALUD.

Con la Ley 1797 de 2016, se expidieron nuevas medidas de saneamiento de deudas y el mejoramiento del flujo de recursos y de la calidad en la prestación de los servicios. Incluye el uso de excedentes de rentas cedidas para el no POS del subsidiado, el uso de regalías para aliviar la situación financiera de las EPS en las que tiene participación la entidad territorial, pagar deudas o servicios no POS del subsidiado, líneas de crédito blandas con tasa compensada para IPS y EPS, la depuración y conciliación de cuentas permanentes, el saneamiento directo de pasivos de las ESE, la ampliación de la estrategia de compra de cartera, la prelación de pagos de deudas reconocidas con IPS, en el caso de procesos de liquidación, la condonación a municipios más pobres en cuando a deudas con el FOSYGA en el régimen subsidiado, el giro directo para proveedores, un nuevo mecanismo de elección de gerentes de las ESE, nuevas facultades a la Supersalud, canales de comunicación con la ciudadanía para resolver quejas y reclamos, así como la prohibición de venta de activos de las EPS con medidas especiales.

En cuanto a la liquidez, durante el último año se destaca el giro directo proveedores (además del mecanismo ya existente a las IPS). Con ello, durante 2016, el giro directo de la Nación a los prestadores y proveedores fue del orden de \$9,8 billones. Así, los recursos girados superan los \$40 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. Alrededor del 65% de los giros de la Nación está llegando directamente a las IPS y proveedores que tienen contratos con las EPS del régimen subsidiado y de manera oportuna. También se ha implementado el giro en el contributivo, en aplicación del Art. 259 de la Ley del PND.

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. En 2016, la compra registró 92 mil millones de pesos beneficiando a 139 prestadores, en su mayoría públicos. Desde su implementación en 2013, se ha superado los \$1,6 billones producto de estas operaciones mejorando la situación financiera de 415 hospitales y clínicas a lo largo del país.

A estos esfuerzos se suman los avances paulatinos a raíz del Decreto 2702 que implica la capitalización de las EPS para que sean cada vez más sólidas y proteger los recursos del Sistema. Con ello se han definido las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. 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.

La estrategia de estabilización del sector también ha obligado a tomar decisiones complejas. Mediante el Decreto 2519 de diciembre 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 ha estado 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 del presupuesto de la Nación. Estos recursos se utilizan en la medida en que se venden los activos de la entidad.

En 2015 se ordenó la liquidación de la EPS SALUDCOOP para garantizar la atención de sus usuarios, proteger a sus 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 FOSYGA para financiar la emisión de Bonos Convertibles en Acciones-BOCAS emitidos por la EPS CAFESALUD. En el presente año, se espera concretar la venta de esta EPS.

Adicionalmente, se utilizó el mismo mecanismo de BOCAS como parte del plan de salvamento definido recientemente para la EPS Savia Salud. El valor de este plan asciende a 150 mil millones de pesos, de los cuales los BOCAS representan 100 mil millones.

Por otra parte, en línea con lo propuesto en las bases del PND, se ha logrado fortalecer a las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas para mejorar acceso, servicio y calidad. Tan sólo en 2016, se destinaron 71 mil millones de pesos para dotación, equipos médicos e infraestructura de la red pública hospitalaria de cientos de municipios.

En el contexto de las importantes decisiones regulatorias y de control llevadas a cabo, durante la última vigencia 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%, dos años atrás. Estos resultados se asocian a las medidas ya mencionadas de recuperación financiera del sistema y al mejoramiento de la gestión propia de las entidades.

También se avanzó en el Decreto 1429 de 2016 que definió la organización de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), según el Art. 67 del PND. Contempla una estructura de financiamiento más sencilla, con control directo sobre el flujo de los recursos y el sistema de información relacionado. Una vez entra en plena operación en 2017, tendrá un mayor control y seguimiento que se traduce en la protección de 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, entre otros aspectos.

Adicionalmente, el Ministerio sigue impulsando medidas que buscan el bienestar y la salud de todos. Recogiendo la experiencia de varios países y en el marco de la reforma tributaria, se presentaron

propuestas para gravar algunos bienes de consumo, como el tabaco y las bebidas azucaradas, asociados a un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles.

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 2016 se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 92,4% y se superó el 91% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos); ambos registros fueron 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. Se dio continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes, el Virus del Papiloma Humano-VPH, la varicela y la universalización de la Vacuna Inactivada contra el Polio (VIP), introducidas por el gobierno actual, manteniendo un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades.

Por otro lado, ante la introducción del Zika en el país, ocurrida en octubre de 2015, durante el último año se dio respuesta adecuada ante la presencia de esta enfermedad y donde demás actores gubernamentales intervinieron para lograr controlar el mosquito *aedes aegypti*, vector de este virus. El 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 en las Américas. En julio de 2016 se declaró el cierre de la fase epidémica del Zika que afectó al país. El número de casos superó los 106 mil pero resultó ser mucho menor a lo proyectados inicialmente (600 mil casos). Cerca de 20 mil mujeres embarazadas resultaron infectadas. No obstante, se mantiene la atención en las posibles consecuencias de la enfermedad en términos de alteraciones neurológicas (microcefalia) en recién nacidos (se han confirmado 77 casos de 300 casos probables estimados). Por otra parte, se han detectado 437 casos del Síndrome de Guillain-Barré (se pronosticaron inicialmente 600 posibles casos). Ante ello, de la mano del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Atlanta se han emprendido investigaciones de vigilancia extendida.

Hace un par de años, 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. Igualmente, el MSPS 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 la falta de agua en las comunidades Wayúu de la alta Guajira y los problemas en Venezuela. Por lo anterior, el Gobierno y el Ministerio de Salud priorizaron e intensificaron las acciones de la mano con 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 que de la mano de 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. Así mismo, el Ministerio sensibiliza y capacita a las EPS, entre ellas las indígenas, así como a las IPS, para que asuman sus responsabilidades para cumplir con el lineamiento de atención integral a la desnutrición aguda y para adaptarse al MIAS.

Adicionalmente, el Ministerio, en coordinación con otras entidades del sector y distintas instancias del Estado, mantuvo su participación activa 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 y la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo. A ello se suma las recomendaciones y acciones del Ministerio en asuntos como la eutanasia y los efectos en salud por la aspersión con glifosato.

En materia de gestión, se ha desarrollado la ley de transparencia en el sector, se ha dado cumplimiento al principio de austeridad inteligente en el gasto y se ha mejorado la ejecución presupuestal. En 2016, el Sector Salud y Protección Social, con una ejecución del 99% de su apropiación, ocupó el primer lugar entre todos los sectores del nivel nacional. Adicionalmente, con algunos ajustes institucionales, se ha logrado, por primera vez -desde la creación del nuevo Ministerio de Salud y Protección Social en 2012- el fenecimiento de la cuenta fiscal por parte de la Contraloría General de la República y se obtuvo la certificación en las normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009. Adicionalmente, se ha dado un importante fortalecimiento en materia de evaluación de las políticas públicas en salud (para la toma de decisiones basadas en evidencia), obtención de nuevos datos en salud (como la finalización de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2015) 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, a continuación se presentan los resultados más destacados del año 2016, los cuales se dividen en seis bloques: i) Resultados del sistema de salud; ii) Implementación de la Ley Estatutaria en Salud; iii) Acciones en salud pública; iv) Acciones para mejorar la calidad de los servicios; v) Soluciones para la recuperación financiera del sistema; y vi) Resultados de gestión del Ministerio.

## I. Resultados del sistema de salud

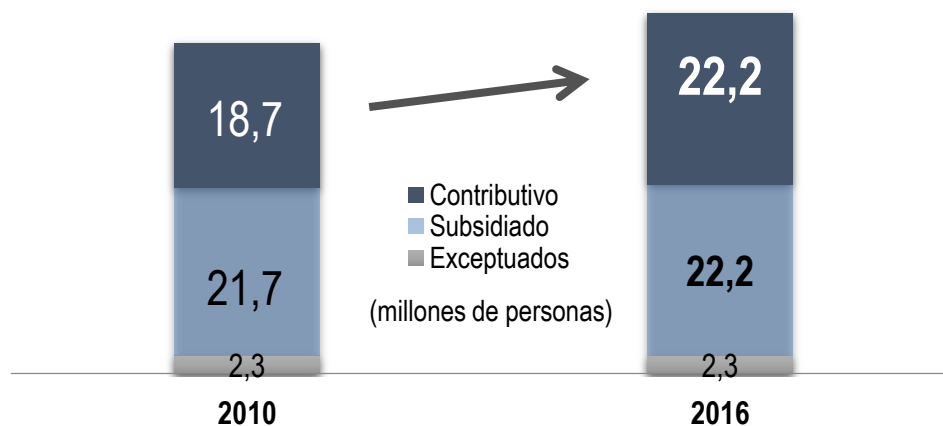
Los distintos esfuerzos y medidas mencionados en la parte introductoria de este documento han permitido dar continuidad y consolidar los resultados alcanzados por el sistema de salud en Colombia. Algunos de estos logros se exponen a continuación.

### Cobertura del sistema

Hace un par de décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano. En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud. El aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente. La baja cobertura se traducían en menor acceso. Una enfermedad grave representaba la ruina económica para la mayoría de las familias colombianas. En contraste, una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios de salud de los más pobres y contribuye al cierre de las brechas sociales, lo que se traduce en una disminución sustancial de la desigualdad entre ricos y pobres y entre habitantes de zonas urbanas y rurales.

Para 2016, el 95,7% de la población en Colombia (cerca de 47 millones de personas) contaba con afiliación a salud, cifra considerada como una cobertura prácticamente universal. En el régimen subsidiado el número de afiliados alcanzó 22,2 millones al igual que en el régimen contributivo y existe un estimado de 2,3 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados<sup>2</sup> (ver gráfico siguiente).

Gráfico. Afiliados a salud en Colombia

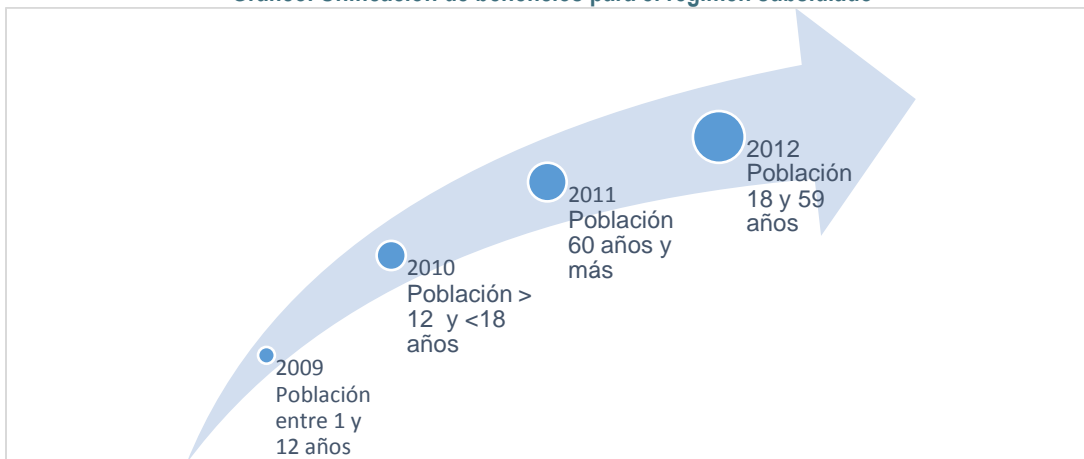


Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y cálculos propios Minsalud, a Dic. de cada año.

<sup>2</sup> Para el mes de diciembre de 2016, se registró un 95,7% de cobertura que corresponde a 46.631.360 personas afiliadas a salud, de las cuales 22.199.204 corresponden al régimen contributivo y 22.171.463 al régimen subsidiado. El régimen de excepción se estima en 2.260.693 personas, teniendo como referente la población proyectada –a partir de estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)– de 48.747.708 habitantes en Colombia.

Las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado y la falta de una actualización integral del plan de beneficios habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional<sup>3</sup>. Es así como en los años anteriores se centraron buena parte de los esfuerzos en la unificación, actualización y ampliación de estos planes. En este sentido, varios acuerdos y normas expedidos hasta el 2012 permitieron la unificación total y ampliación del plan. Desde julio de ese año, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

**Gráfico. Unificación de beneficios para el régimen subsidiado**



Fuente: Elaboración propia Minsalud

Así mismo, cientos de tecnologías en salud han sido incorporadas al plan de beneficios en salud, incluidos medicamentos para patologías de alto costo como el cáncer, la artritis, la esclerosis múltiple y otras costosas enfermedades.

Al igual que en los últimos años, durante 2016 no se escatimaron esfuerzos para gestionar los recursos necesarios que dar continuidad y sostenibilidad a esta unificación y ampliación de beneficios. En este año, el Ministerio de Salud y Protección Social finalizó un nuevo proceso de actualización integral del plan de beneficios (Resolución 6408 de 2016 y Resolución 5975 de 2016, actualización del CUPS) avanzando hacia un plan más implícito y continuando con la implementación de la Ley Estatutaria. Este proceso de actualización se suma a los cientos de tecnologías incluidas en las actualizaciones de 2011, 2013 y 2015.

A través de la Resolución 6408 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) modificó el Plan de Beneficios en salud al que tendrán derecho en el 2017 los afiliados del SGSSS y debe ser garantizado por todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

La actualización da cumplimiento a la orden 18 de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, relacionada con la revisión anual de medicamentos genéricos y esenciales. Entre las modificaciones más relevantes se destaca la eliminación del límite para el suministro de tirillas y

<sup>3</sup> En especial a través de la Sentencia T-760 de 2008.



lancetas mensuales para los pacientes que se encuentran en manejo con insulina (anteriormente el suministro de estos productos tenía un tope de 100 y 50 unidades mensuales, dependiendo del tipo de diabetes). A partir de 2017, el suministro de tirillas y lancetas será de conformidad con el criterio del médico tratante y de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica-GPC.

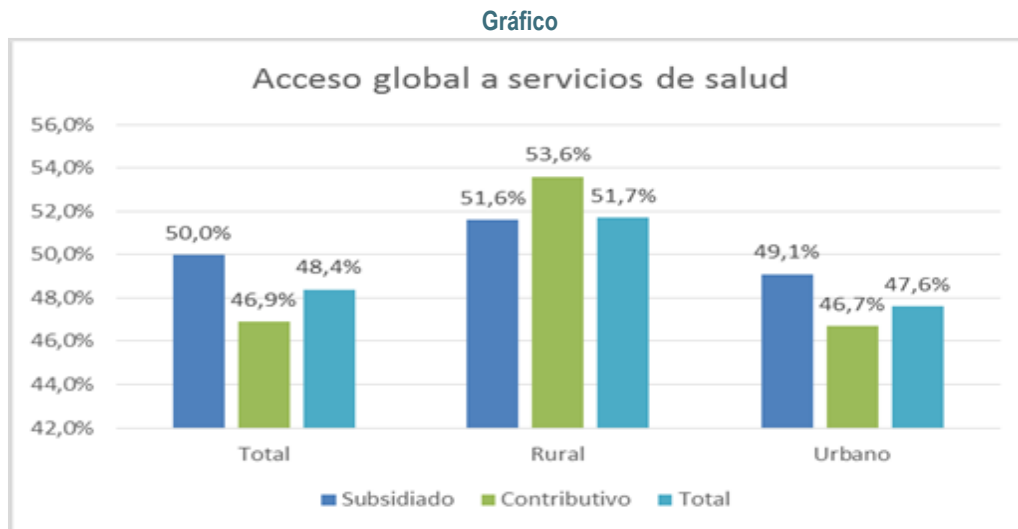
Con respecto a los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), el 100 por ciento de las concentraciones<sup>4</sup> y el 74 por ciento de las formas farmacéuticas<sup>5</sup> deben ser suministradas por las EPS a partir del primero de enero de 2017.

### Acceso a los servicios y estado de salud de la población

Con el fin de indagar la manera en que los usuarios perciben los servicios recibidos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), desde 2014, el MSPS realiza anualmente una encuesta. Los resultados son variados, como se expone a continuación.

#### Facilidad en el acceso

Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Fácil" o "Muy fácil" sobre el total de usuarios que respondieron a la pregunta: "En general, en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue...". En 2016, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue del 48% (ver gráfico siguiente). Este mismo indicador en 2014 fue de 54%; en 2015, 43%.



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

<sup>4</sup> La concentración se refiere a la cantidad del principio activo que se puede expresar en miligramos (mg), microgramos (mcg), gramos (g) unidades internacionales (UI), entre otros.

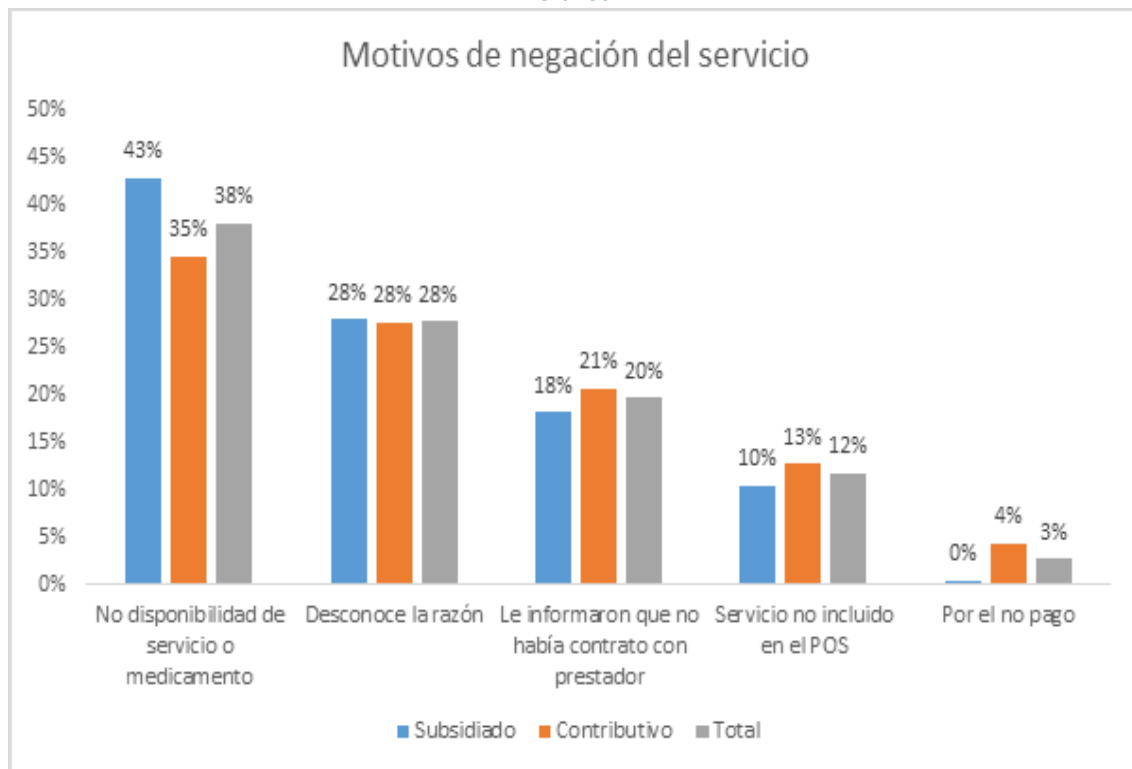
<sup>5</sup> Se refiere a las formas físicas como se presenta un medicamento. Puede ser tableta, cápsula, solución oral, solución oftálmica, gel, jarabe, crema, ungüento, entre otros.

### Negación del servicio

Este indicador se calcula como el cociente de usuarios que respondieron “sí” sobre el total de usuarios que respondieron a la pregunta: “¿En los últimos seis meses su EPS le ha negado algún servicio? y en caso de recibir respuesta afirmativa, “¿cuál fue la razón por la cual se negó el servicio?”.

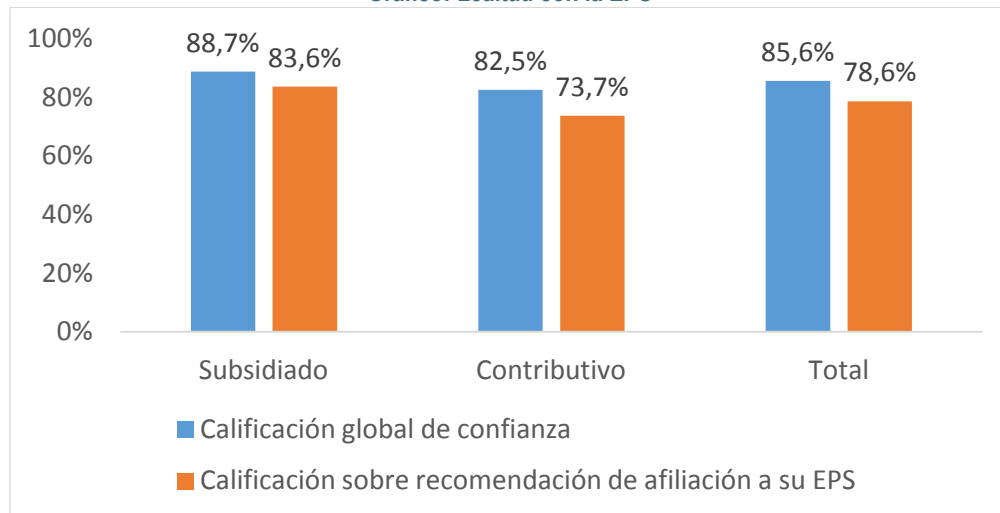
- El 6,2% de los usuarios manifiesta que le negaron algún servicio, proporción que es similar a la presentada en el año 2014 (5%).
- La principal razón por la que fue negado el servicio fue por no tener disponibilidad (38,1%), seguido de la falta de contrato con el prestador (19,7%). Es importante resaltar que el 27,8% del total de usuarios desconoce la razón por la cual le fueron negados los servicios.

Gráfico



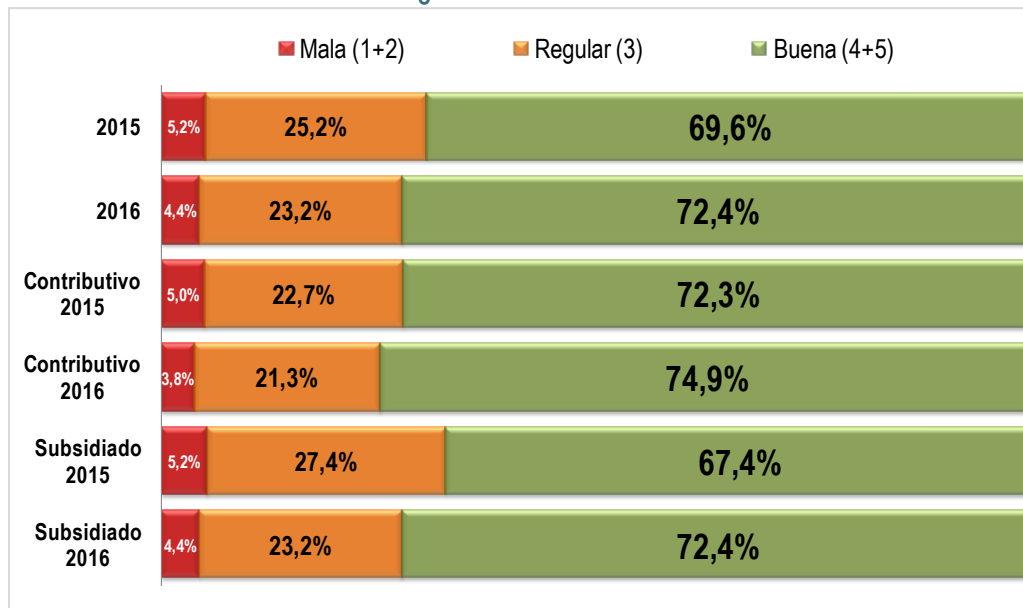
Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Un resultado interesante tiene que ver con la respuesta a las preguntas, “¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?” En la cual se unen las categorías de Probablemente Si y Definitivamente Si; y “¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS?” El 85,6% de los usuarios expresa que recomendaría su EPS. Cuando se detalla por régimen, se observa una mayor tasa de adherencia en el régimen subsidiado, alcanzando niveles del 88%.

**Gráfico: Lealtad con la EPS**


Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Por otra parte, en la encuesta 2016 los usuarios declararon que su estado de salud era muy bueno o bueno un 72.4% (ver gráfico siguiente), lo que representa un leve aumento en comparación con el 70% obtenido en 2015.

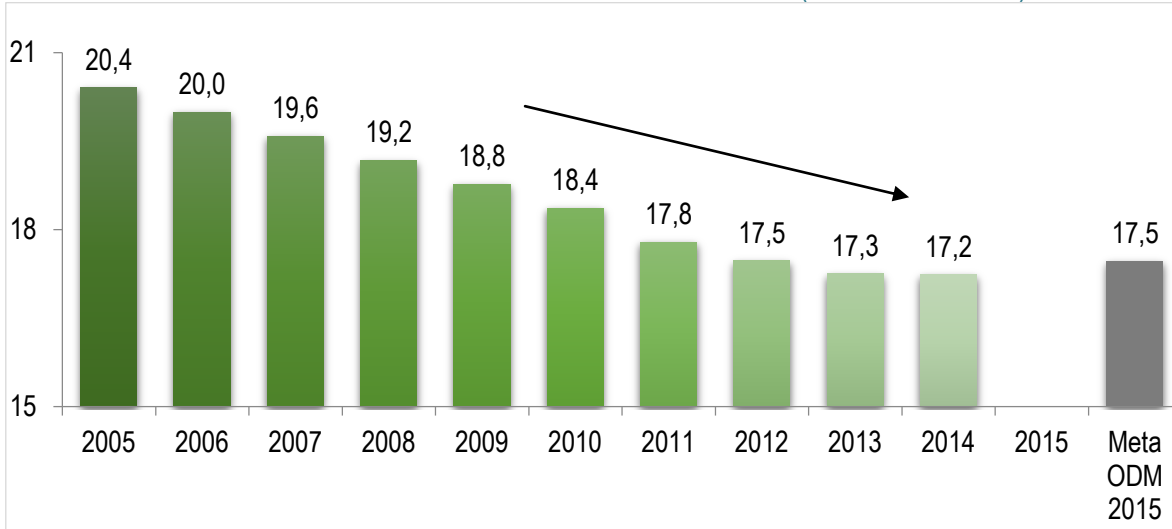
**Gráfico. ¿Cómo considera su salud?**


Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Los avances del SGSSS de los últimos años han resultado en mejoras significativas en el estado de salud de la población. La esperanza de vida al nacer ha progresado a una tasa similar a la de otros países de la región. La mortalidad infantil ha disminuido sustancialmente y de manera sostenida durante los últimos 10 años (ver gráfico), cumpliendo prácticamente y de manera anticipada con las metas que se ha impuesto el país. La prevalencia y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda

(EDA) en menores de 5 años también disminuyó de manera acelerada. La tasa de mortalidad por EDA pasó de 13,4 (por cada 100 mil) en 2005 a 3,1 en la actualidad.

Gráfico. Disminución sostenida de la mortalidad infantil (menores de 1 año)

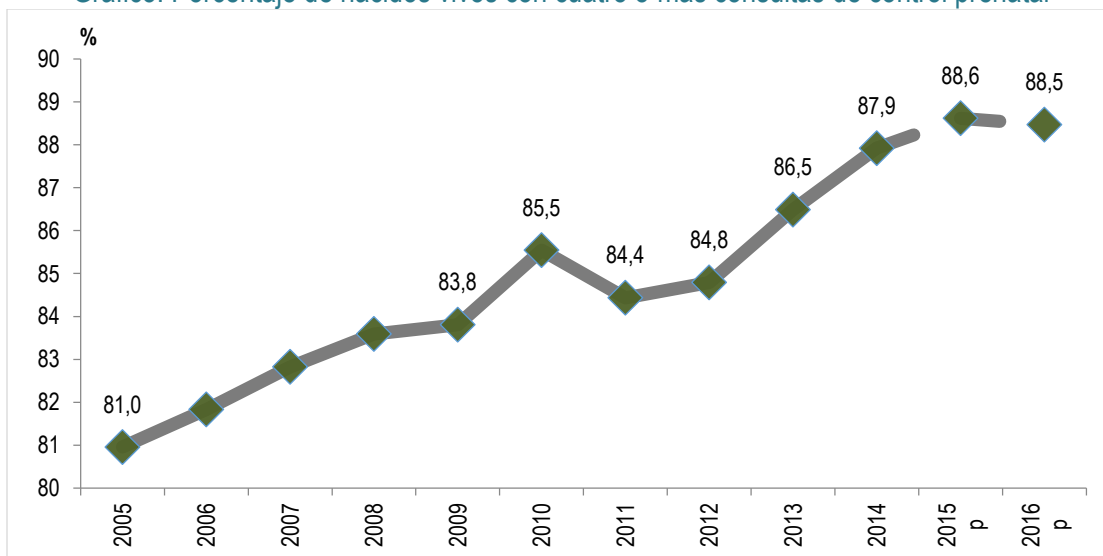


Nota: La mortalidad infantil se mide como una tasa ajustada por cada mil nacidos vivos. La calcula el DANE mediante técnicas de estimación demográfica.

Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales) y DNP/CONPES Social 140 de 2011 (ODM-Objetivos del Milenio).

También ha aumentado el acceso a los servicios relacionados con salud reproductiva (ver gráfico sobre control prenatal) con un efecto significativo sobre la disminución de los riesgos asociados al embarazo y al parto y sobre el descenso en la mortalidad perinatal e infantil.

Gráfico. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal



Fuente: Minsalud-SISPRO, EEV-DANE y RUAF-Nacimientos y Defunciones  
p: dato preliminar para 2015 y 2016 con base en RUAF-NN.DD.

## II. Implementación de la Ley Estatutaria en Salud (LES)

La implementación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud (LES) ha sido una de las prioridades del MSPS en los últimos dos años. Debido a la amplitud de los temas de que trata, ponerla en marcha ha demandado importantes esfuerzos que incluyen la introducción de herramientas novedosas y seguimiento a procesos anteriores a su expedición, cambios de fondo y ajustes normativos.

La LES recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud. Buena parte de los aspectos que regula ya estaban descritos –por ejemplo, el control de precios de medicamentos– aunque se encontraban dispersos en leyes, decretos, resoluciones o sentencias. No partió desde cero, sino que consolidó y fortaleció derechos, deberes y mecanismos ya existentes para la protección de la salud de los colombianos. Dividida en cuatro capítulos, abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud. Los capítulos I y II abarcan los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes. El capítulo III regula el ejercicio de los profesionales de la salud. Por su parte, el capítulo IV regula la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas.

En este sentido, se ha avanzado en lo siguiente:

### **Eliminación de los Comités Técnico-Científicos (CTC) y creación de MIPRES: Resolución 3951 de 2016.**

La eliminación de los Comités Técnico-Científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (MIPRES) es la respuesta dada por el MSPS al artículo 8 de la LES que ordena proveer servicios de manera completa. Igualmente al 17, que garantiza la autonomía profesional, así como al 15, que garantiza la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Los CTC –cuya eliminación progresiva comenzó desde 2016– se encargaban de evaluar la autorización de tratamientos que no estuvieran incluidos en el plan de beneficios en salud. Su eliminación fortalece la autonomía médica (la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia) y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que esta no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo MIPRES permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y éste pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El mecanismo comenzó a operar el 1 de diciembre de 2016 y ya se han beneficiado cientos de miles de pacientes.

El lanzamiento de la plataforma MIPRES representa una oportunidad para gastar menos tiempo en trámites. Si se necesita un medicamento que no está en el plan de beneficios, el médico no tendrá que pedirlo a un CTC; bastará con que lo registre en la plataforma MIPRES. Todas las EPS e IPS (clínicas y hospitales) deberán tener la nueva plataforma. MIPRES nace de la necesidad de eliminar barreras que prolongaban los tiempos para autorizar medicamentos. Con MIPRES se reitera la autonomía médica porque el especialista es quien decide si autoriza el medicamento.

Para utilizarlo los médicos deben estar inscritos ante el Registro Único de Talento Humano en Salud -ReTHUS-. Este registro equivale a un sistema de información para consultar y verificar quiénes están autorizados para ejercer una profesión de la salud en Colombia. Por lo que los médicos validarán allí que cumplieron con los requisitos académicos para poder ejercer su labor. En el ReTHUS se encuentra la información histórica de los profesionales de la salud inscritos para ejercer por parte de las secretarías departamentales de salud o que hayan recibido del MSPS su tarjeta profesional. Estas personas no requieren realizar un nuevo registro ni la expedición de una nueva tarjeta profesional.

Los médicos que no se encuentren en el ReTHUS por falta de reporte de las secretarías departamentales de salud o por pérdida de información tendrán que presentar la novedad ante el Colegio Médico Colombiano con la respectiva documentación para ser incluidos en el registro.

Tanto médicos, como odontólogos y optómetras podrán consultar si se encuentran inscritos en el ReTHUS a través del sitio <http://web.sispro.gov.co>. Allí mismo, aquellos profesionales que han sido autorizados para ejercer pero no aparecen en el registro encontrarán las orientaciones para actualizar su inscripción.

A continuación, se resumen sus bondades:

- El uso de la herramienta ha generado consciencia en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC por parte de los profesionales de la salud, es decir ejercer la medicina con autonomía y autorregulación.
- MIPRES ha fortalecido la toma de decisiones consciente y pertinente de cara a los tratamientos que se requieren instaurar; es decir, a usar lo que se necesita cuando se requiere, indicando las razones que lo favorecen.
- La implementación de MIPRES disminuye las barreras de acceso para los usuarios y por lo tanto mejora la oportunidad para instaurar los tratamientos médicos.
- Con MIPRES se cuenta con información más oportuna y disponible que permite la retroalimentación al interior de las instituciones en pro de mejorar la salud de los colombianos.
- El aplicativo es amigable y fácilmente utilizable, en tiempos razonables dentro de los procesos de prescripción ambulatoria y hospitalaria.

### **Plan de beneficios en salud y exclusiones.**

Uno de los cambios más significativos de la ley estatutaria de salud es que reemplaza el Plan Obligatorio de Salud (POS) por un mecanismo que les permita a los usuarios recibir del sistema de



salud todo lo que sea formulado por un médico. Así las cosas, todo servicio y/o tecnología que no se encuentre previamente excluido por un procedimiento técnico-científico se entenderá como financiado con recursos públicos asignados a la salud. El MSPS es el encargado de coordinar las actuaciones que se surtan en desarrollo del procedimiento de exclusiones a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento.

La LES estableció en su artículo 15 unos límites al derecho fundamental a la salud por medio de un mecanismo de exclusión que tiene como principal objetivo evitar que los recursos destinados al sistema de salud financien servicios y/o tecnologías que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

- a) tengan como propósito un fin cosmético o suntuario;
- b) carezcan de evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica;
- c) no estén autorizados por las entidades competentes en el país;
- d) estén en fase de experimentación; y
- e) tengan que ser prestados en el exterior.

El mecanismo de exclusión debe constar en un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Durante 2016, el MSPS trabajó en el procedimiento para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por los motivos expuestos anteriormente. Se llevaron a cabo una decena de talleres y se elaboró el mecanismo con la participación de pacientes usuarios y comunidad médica.

El mecanismo consta de cuatro fases, goza de total transparencia e involucra a todos los actores del sistema de salud y fue finalmente adoptado mediante la Resolución 330 de 2017 (justamente dos años después de la expedición de la LES). Como se dicta en tal resolución, el procedimiento de exclusión se divide en cuatro fases. La primera, de nominación y priorización de la tecnología y/o servicio; la segunda, de análisis técnico-científico; la tercera, de consulta a pacientes potencialmente afectados; y, por último, la cuarta de adopción y publicación de decisiones.

Están habilitados para realizar nominaciones el MSPS, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades territoriales, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), los profesionales y trabajadores de salud, las entidades de control, y en general cualquier interesado que justifique su nominación. En este sentido, cualquier ciudadano previamente inscrito en el portal del Ministerio puede postular servicios y tecnologías a la lista de exclusiones.

El MSPS presentó la primera lista de servicios y tecnologías que, de acuerdo con su análisis, no deberían ser costeadas con recursos públicos. Para argumentar las nominaciones, el Ministerio se basó en guías de práctica clínica o en información allegada por el IETS.

Aunque el plazo para la decisión final es variable, el promedio será de unos ocho meses una vez cerrada la convocatoria. La primera de ellas comienza el 1 de marzo y va hasta el 31 del mes. En adelante, será únicamente en los periodos julio-agosto y enero-febrero de cada año.

### **Afiliación: menos barreras. Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud**

El decreto clarifica, entre otros aspectos, las reglas de afiliación y acceso al sistema de salud, reduciendo trámites y procesos para los ciudadanos. Esta estrategia facilita entonces la accesibilidad al sistema de salud (artículo 6, numeral c de la LES) y consistió en la actualización de la reglamentación relacionada con los procesos de afiliación y acreditación de derechos de los afiliados.

### **Sanciones por negación de servicios**

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) ha sancionado las prácticas relacionadas con negación de servicios. Mientras que en 2014 la Supersalud impuso sanciones por \$15.500 millones, en 2015 (tras la entrada en vigencia de la LES) las multas ascendieron a \$71.200 millones y a \$75.800 millones en 2016. Por fallas en la prestación de servicios, las multas fueron de \$7.100 millones en 2014, \$46.700 millones en 2015 y \$ 49.800 millones en 2016.

Lo anterior, en virtud del artículo 14 de la LES que prohibió la negación de prestación de servicios y estableció que, cuando se trate de una atención de urgencia, no debe solicitarse ninguna autorización previa.

### **Política Integral de Atención en Salud (PAIS): Resolución 429 de 2016**

La Política Integral de Atención en Salud (PAIS), presentada el 16 de febrero de 2016, es una respuesta a lo establecido en la LES, en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud.

Los departamentos de Boyacá, San Andrés, Huila, Risaralda, Tolima, Vichada, Cauca, La Guajira, Guainía, Chocó, Antioquia y Bogotá, además de las Fuerzas Militares, anunciaron su intención o están en proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se definió en la PAIS.

Adicionalmente, se expidió la Resolución 1441 de 2016, que estipula las condiciones de habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios en Salud (RIPSS) y paulatinamente se han implementado las Rutas Integrales de Atención de la Enfermedad (RIAS) contempladas por la política.

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, reconociendo las particularidades étnicas y geográficas existentes. En la actualidad se realiza la evaluación de este piloto.

### III. Acciones en salud pública

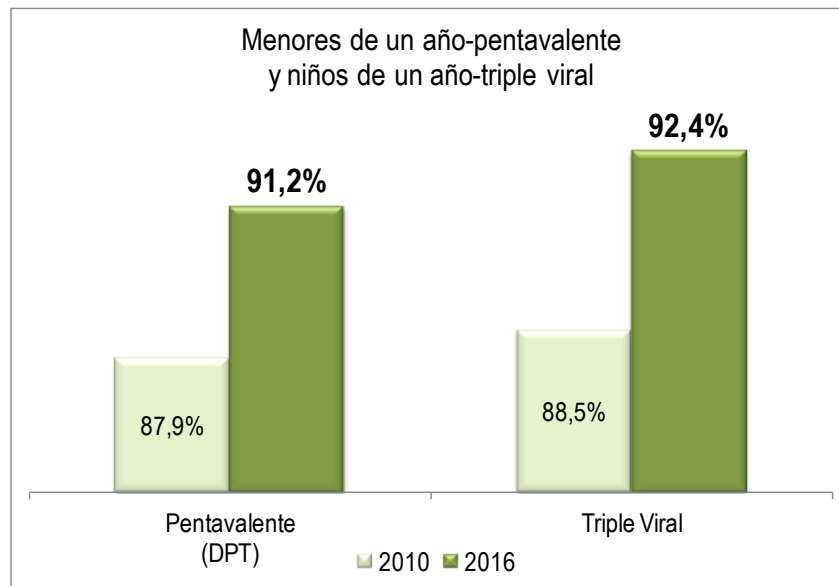
#### Vacunación

A pesar de las dificultades fiscales, en 2016 se perseveró en las inversiones que se requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, a través de la vacunación.



Durante los últimos años se universalizó la vacuna contra el neumococo y se introdujeron las inmunizaciones contra el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A, la DPT acelular para gestantes (con el fin de disminuir la mortalidad por Tos Ferina en niños), se universalizó la Vacuna Inactivada contra la Poliomieltis (VIP) y se introdujo la inmunización contra la varicela, alcanzando los 21 biológicos en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) contra 26 enfermedades.

Para 2016, las coberturas de vacunación se mantuvieron en índices superiores al 90% (ver gráfico) y el esquema de vacunación gratuito del país ha sido reconocido como uno de los más completos y modernos de América Latina.



Fuente: Minsalud - Dirección de Promoción y Prevención

## Zika: Cierre de la epidemia e investigación de la enfermedad

En el año 2015 el mundo se vio enfrentado a una nueva epidemia por el virus del Zika, transmitido por la picadura de mosquitos del género *Aedes* (los mismos que transmiten el Dengue y el Chikungunya).



En Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el MSPS hicieron su mejor esfuerzo para responder de la mejor manera ante la epidemia. Los cálculos iniciales sobre el número de posibles infectados fueron del orden de los seiscientos mil (600.000). Bajo este escenario Ministerio de Salud emprendió una campaña de información y prevención con la ayuda del equipo que envió el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), desde Estados Unidos, y en julio del 2016 pudo anunciar el fin de la epidemia en el país. Los datos muestran que hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron un total de 106.659 casos.

La infección es, en la mayoría de los casos, asintomática o se presenta como una enfermedad leve, principalmente con erupción cutánea, fiebre, dolores articulares y conjuntivitis. Sin embargo, el aumento inesperado de alteraciones y malformaciones neurológicas en fetos de madres gestantes e infectadas, así como el incremento del número de pacientes con síndrome de Guillain-Barré, una afectación autoinmune de los nervios periféricos, condujo, en febrero de 2016, a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar la epidemia como una emergencia de salud pública de importancia internacional. La declaratoria terminó el 18 de noviembre de 2016 pero la OMS todavía advierte que la evaluación del riesgo global no ha cambiado.

Además de las vías de transmisión (por picadura de la hembra del mosquito *Aedes*, de madre a feto, sexual y, raramente, por transfusión sanguínea), se sabe que el Zika puede producir efectos graves sobre el sistema nervioso, los cuales pueden dividirse en dos: aquellos que ocurren en los fetos de mujeres embarazadas, y las afectaciones neurológicas en personas infectadas (no embarazadas), independientemente de la edad y el sexo. También se han observado algunos casos de afectación hematológica autoinmune, pero no reumática o tiroidea.

Se conoce que el virus puede comprometer directamente al sistema nervioso, tanto a nivel central (cerebro) como a nivel periférico (nervios); una minoría de personas infectadas desarrolla las complicaciones neurológicas mencionadas. En el caso de las mujeres embarazadas, hasta el 13% puede presentar anomalías en el feto, siendo mayor el riesgo durante el primer trimestre, pero existiendo durante todo el embarazo. La afectación neurológica, principalmente el síndrome de Guillain-Barré, ocurre en menos del 2% de las personas infectadas. Tiende a ser grave y la discapacidad posterior es importante. No se ha observado un aumento del Guillain-Barré en mujeres embarazadas. El bajo nivel socioeconómico, vivir cerca de zonas de alta contaminación e infecciones previas favorecieron el desarrollo del síndrome. En particular, una infección anterior por *Mycoplasma pneumoniae* podría aumentar cerca de cuatro veces el riesgo de desarrollar Guillain-Barré en personas infectadas por Zika. Además del Guillain-Barré, el Zika puede ocasionar

compromiso de la médula espinal (mielitis), del cerebro (encefalitis) y de nervios craneales (parálisis facial).

La cifra exacta de pacientes con Zika en Colombia se desconoce, pues en la mayoría de los casos los pacientes ya no consultan o la infección puede ser asintomática. El INS informa que alrededor de los 100 mil casos registrados, cerca de 20 mil corresponderían a mujeres embarazadas. El número de pacientes con Guillain-Barré asociados a la infección podría rondar los 500 casos.

El estudio ZEN (Zika en Embarazadas y Niños), que adelantan el CDC y el INS, le apuesta a conocer los factores asociados a la microcefalia y otras complicaciones generadas por el Zika durante la gestación y después de ella.

Uno de los principales retos en el estudio del Zika es su confirmación diagnóstica. La mayoría de los casos reportados han sido diagnosticados por sospecha clínico-epidemiológica y no por laboratorio. Otro es conocer mejor los mecanismos de la infección y por qué en algunos pacientes el virus permanece por periodos de tiempo muy prolongado. No menos importante es el estudio de los mecanismos inmunológicos que conducen al Guillain-Barré.

El aumento en la patogenicidad viral en relación con el proceso de adaptación del virus a nuevos entornos geográficos es otra preocupación. El control del vector (el mosquito) y el tratamiento de individuos afectados son estrategias que se han revelado poco eficaces de manera independiente. Por esta razón, los estudios que se adelantan para evaluar vacunas son una de las principales perspectivas para el control de la infección y complicaciones de ésta y otras infecciones.

Lo anterior, hace necesario crear sistemas de control más agresivos y eficaces para las enfermedades virales transmitidas por vectores que afectan a los seres humanos. Las estrategias primarias de salud deben aplicarse más allá de la simple educación de las personas. La erradicación del vector simultáneamente con la atención médica integral, a través de medios accesibles a todos los individuos y familias debe ser una realidad.

Finalmente, hay que decir que el Zika vino para quedarse. Es posible que la inmunidad poblacional proteja contra una nueva epidemia por cerca de una década. Sin embargo, dadas las secuelas a largo plazo de éste y otros virus transmitidos por mosquitos, la creación y fortalecimiento de centros de investigación y la colaboración nacional e internacional deben ser una prioridad permanente de las entidades académicas y gubernamentales con el fin de ofrecer respuestas a problemas nacionales con repercusión regional y mundial.

En resumen, los datos de la epidemia en Colombia:

- Hasta la semana 52 de 2016 se notificaron un total de 106.659 casos.
- Se declaró la fase post-epidémica en la semana 28 de 2016, tuvo una incidencia de 377,7 casos por 100.000 habitantes en población urbana.
- La incidencia nacional de Zika durante la fase post – epidémica de la enfermedad (semana 29 de 2016 a semana 52 de 2016) fue de 18,2 casos por 100 mil habitantes en población urbana.

- En el período comprendido entre la semana 32 del año 2015 y la semana 52 de 2016 se notificaron un total de 19.746 casos en mujeres embarazadas.
- Desde la semana 1 a 52 de 2016 se han confirmado setenta y siete (77) casos de microcefalias y otros defectos congénitos del SNC asociados al virus Zika. Se esperan que los casos asciendan a 300, producto de las gestantes que vienen en la cohorte y que nacerían hasta el mes de mayo de 2017.
- Hasta la semana 52 de 2016, 437 casos corresponden a casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika.
- Se continúan con las investigaciones de vigilancia extendida en colaboración con el CDC.

### Acciones ante la desnutrición aguda y situación humanitaria en la Alta Guajira

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 la situación en Venezuela. Por lo anterior, fue prioridad para el Gobierno y el Ministerio de Salud intensificar las respectivas acciones. Es así como se aumentó 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.

Adicionalmente, en marzo de 2016 entraron a funcionar 17 equipos extramurales con el concurso de ESE municipales: cada uno conformado por un médico, una enfermera, un trabajador social bilingüe en wayuunaiki (lengua del pueblo wayuu) y un auxiliar de enfermería, quienes de la mano de 62 promotores de salud comunitarios (que apoyan a los equipos), recorrieron las rancherías de los municipios mencionados, prestando atenciones integrales en salud, que incluyen el tratamiento a la desnutrición aguda en el hogar. 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. La inversión del MSPS para la contratación de tres (3) equipos en Riohacha; cuatro (4) en Manaure; tres (3) en Uribia; tres (3) en Maicao; y cuatro (4) en Nazareth superó los \$3.700 millones, a través de cuatro Empresas Sociales del Estado (ESE) socias de esta estrategia.



El Ministerio sensibilizó y capacitó a las EPS, entre ellas las indígenas, así como a las IPS, para que ellos 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).

## Postconflicto

A través del Decreto 1937 del 30 de noviembre de 2016 los excombatientes de las FARC fueron afiliados a la Nueva EPS en el régimen subsidiado, toda vez que dicha entidad tiene red de prestadores en las regiones donde se ubican las zonas veredales. Por esta vía más de 6 mil excombatientes se encuentran afiliados al sistema de salud.

La afiliación al sistema de salud colombiano de los integrantes del las FARC en transición a la vida civil, ubicados en las zonas de concentración, es un proceso que se inició a finales el año pasado con el ajuste de las normas requeridas para este fin y que termina en los primeros meses de 2017.

En la reincorporación a la vida civil, la seguridad social es fundamental, al punto de que dicha integración no se daría sin este componente, por lo que era necesario adelantar este proceso a la mayor brevedad y con los menores traumatismos. Los miembros del grupo armado son afiliados al sistema de salud mediante un proceso similar al utilizado con las “poblaciones especiales prioritarias”, a quienes no se les aplica la encuesta del sistema de selección de beneficios SISBEN y les permite ingresar al régimen subsidiado de salud. Esta condición de “población especial prioritaria” agiliza el ingreso de los ya desmovilizados, de los menores desvinculados del conflicto, de las víctimas, los desplazados indígenas, los menores abandonados, los gitanos y mayores en centro de protección, entre otras personas, al sistema de salud.

En este caso, este proceso se hace con base en un listado de excombatientes que es entregado por las FARC a la oficina del Alto Comisionado para la Paz y luego el MSPS se encarga de la respectiva afiliación en coordinación con la Nueva EPS, empresa que por tener participación de la Nación y suficiente cobertura en todo el país ha sido seleccionada en primera instancia para garantizar este servicio.

El decreto que autoriza la afiliación a la seguridad social se generó porque no existía una clasificación previa para esta población, en términos de estructura y condiciones sociales y económicas. En otras palabras, ninguno cumple la precondition de tener un puntaje del SISBEN para ingresar al régimen subsidiado al que van a ser afiliados. Con base en esa norma, en diciembre de 2016, cerca de 2.500 miembros de las FARC empezaron a ser cobijados por el sistema de salud y posteriormente fue afiliado otro grupo hasta completar más de 6 mil. Todos han sido recibidos por la Nueva EPS.

Además de estas afiliaciones, en cada zona existirá un puesto de salud con dotación de equipos e insumos básicos, atendido por un médico y por un auxiliar de enfermería. También se dispondrá de una ambulancia y de un equipo de comunicaciones para tareas relacionadas con la salud. De igual

forma, se han suscrito convenios con hospitales públicos de las zonas y se transfirieron recursos a más de 20 municipios para hacer brigadas de salud.

Según los registros, a través de las visitas médicas iniciales realizadas a las zonas de concentración, se atendieron al menos 600 integrantes de las FARC. Estas brigadas se llevaron a cabo en Remedios (26 de noviembre de 2016), Fonseca (30 de noviembre), Tierralta (3 de diciembre), Arauquita (8 de diciembre), Buenos Aires (13 de diciembre y 5 de enero de 2017), San Calixto (22 de diciembre), San José de Guaviare (29 de diciembre), Miranda (enero de 2017) y La Paz (Cesar), así como en Icononzo (Tolima), en febrero de 2017. A lo anterior se suman las atenciones de urgencias gestionadas directamente desde Bogotá, sin ningún costo para los integrantes de las FARC. Por su parte, la Nueva EPS, desde el momento en que afilió a los excombatientes, ha otorgado cientos de autorizaciones de servicios e intervenciones, incluyendo madres gestantes.

Teniendo en cuenta la Resolución 6357 del 2016, varios estudiantes de medicina y enfermería, les es asignado el año rural o de servicio social en los campamentos de los desmovilizados de la guerrilla, en el marco de la asignación de las vacantes que serán concedidas para los egresados de las facultades de medicina, odontología, enfermería y bacteriología como requisito. La decisión se tomó con el propósito de atender con prioridad la población ubicada en las 36 Zonas Veredales Transitorias de Normalización -ZVTN-. Lo anterior, para hacer un diagnóstico del estado de salud de los miembros de las FARC (enfermedades tropicales, como malaria y leishmaniasis).

### Plan Marco de Implementación del acuerdo final con las FARC

El MSPS inició la articulación para desplegar el Plan Marco de Implementación del acuerdo final con las FARC en conjunto con la Agencia para la Renovación del Territorio (ART), el Departamento Nacional de Planeación, la Alta Consejería para el Postconflicto, DD.HH. y Seguridad y otras entidades vinculadas con los ejes temáticos del acuerdo en asuntos de salud como la Unidad para la Reparación Integral a las Víctimas, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Agricultura, así como las demás entidades miembros de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Consejo Nacional de Estupefacientes.

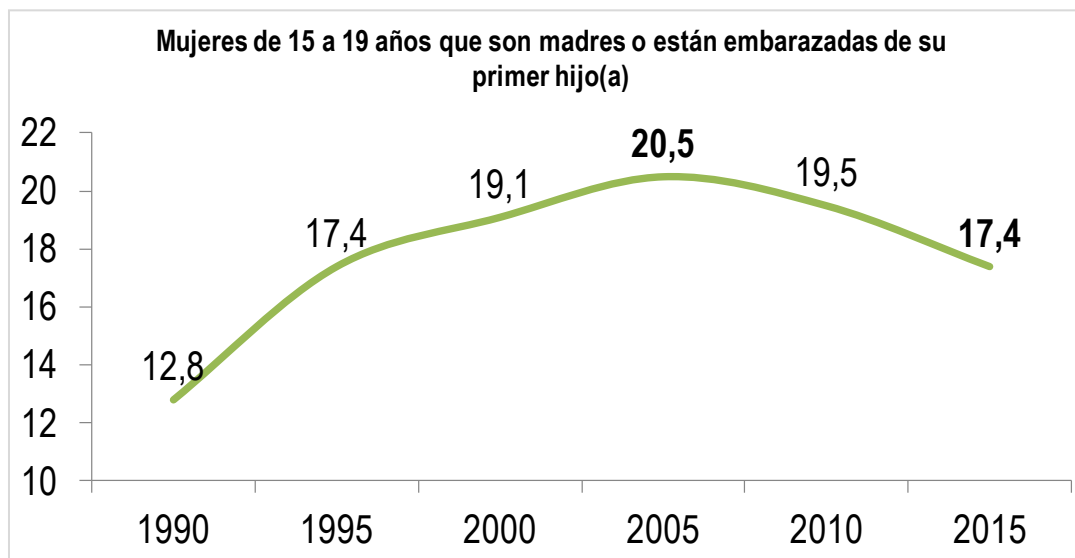
El documento que recoge el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera menciona cuatro (4) dimensiones relacionadas directamente con el sector salud que son las siguientes:

1. Desarrollo social: construcción y mejoramiento de infraestructura en salud, dotación de equipos y adopción de nuevas tecnologías, talento humano cualificado, disponibilidad y permanencia de personal cualificado, prevención, promoción y atención en salud con enfoque diferencial y de género, atención a población dispersa, "Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas".
2. Seguridad alimentaria: Garantía progresiva del derecho a la alimentación; acceso y consumo de alimentos de calidad nutricional y en cantidad suficiente.
3. Solución al problema de las drogas ilícitas: crear el Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas.
4. Derechos de las víctimas: Reparación, ampliar la cobertura pública y el despliegue territorial de la atención psicosocial.

## Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

En diciembre de 2016 se conocieron los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS 2015. A lo largo de los últimos años la ENDS se ha consolidado como la fuente más importante con la que cuenta el país para obtener indicadores sobre la evolución y caracterización de la población colombiana en los aspectos relacionados con salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos. Al igual que las versiones anteriores (1990, 1995, 2000, 2005 y 2010) la ENDS 2015 es el resultado de un esfuerzo interinstitucional e intersectorial del MSPS y Profamilia. En esta oportunidad se contó con el apoyo y acompañamiento de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), ONU Mujeres y *The Open Society*. Por primera vez, la ENDS 2015 incluyó a los hombres en edad reproductiva de 13 a 59 años, información que permite identificar importantes diferencias en los temas en los que ahonda la encuesta, frente a las mujeres de la misma edad.

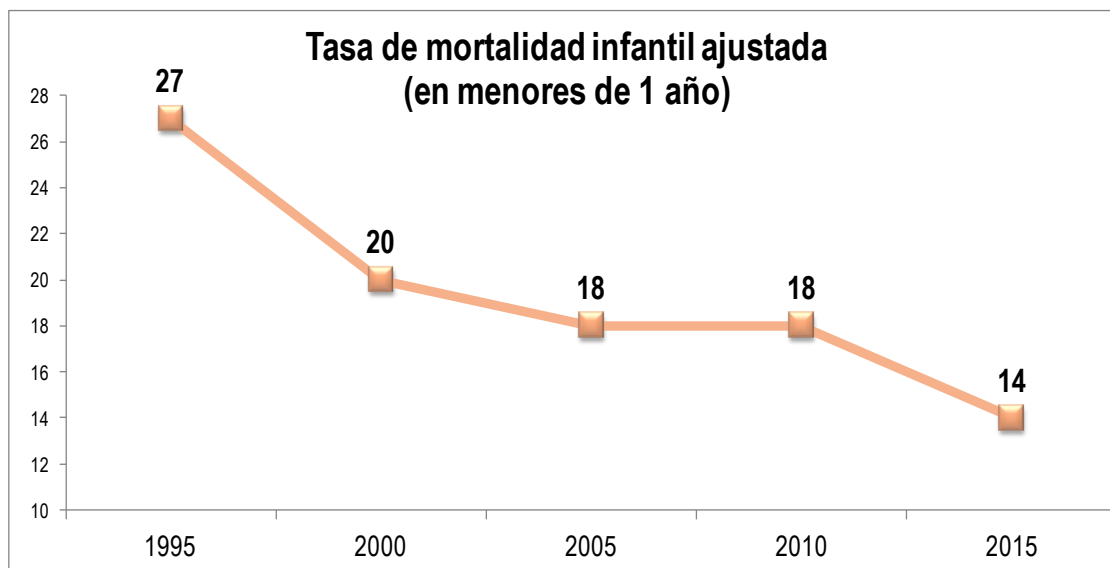
A partir de 2010, como lo confirman los hallazgos de la ENDS 2015, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija disminuyó pasando del 19,5% en 2010 al 17,4% en 2015. Vale la pena resaltar que el descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija entre 2010 y 2015 se presentó en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años.



Fuente: ENDS

Otro hallazgo importante es que en Colombia, la tasa de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6,7 hijos o hijas por mujer en 1967 a 2,1 en 2010. Y para la ENDS 2015 se reporta una tasa global de fecundidad de 2,0 hijos por mujer.

La encuesta también confirma el descenso de la mortalidad infantil. En 1990 se presentaba una tasa de 27 por mil nacidos vivos y en 2015 se ubicó en 14 según la ENDS, lo que representa una disminución del 48% en la tasa total.



Fuente: ENDS

Con relación a los resultados obtenidos en la ENDS 2010, se evidencia a nivel nacional un aumento en la atención prenatal brindada por parte de personal calificado con respecto al número de visitas prenatales de control: el 92% obtuvo cuatro visitas o más en la zona urbana y el 83,7% en la zona rural. Estas cifras evidencian un aumento del 1 y 3%, respectivamente.

## Otros resultados de la ENDS

### Características de los hogares y de la población

- El 48,4% de los menores de 6 años asiste a programas de atención.
- El 9,8% de la población presenta alguna dificultad para realizar las actividades diarias.
- El 51,3% de la población colombiana con alguna dificultad encontró barreras de acceso para acceder a un servicio de salud.

### Fecundidad

- El promedio de hijos en mujeres de 40 a 49 años es de 2,7.
- El porcentaje de hombres de 15 a 19 años que es padre de un hijo o más es del 1,5%.
- El 24,8% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años se da en zona rural y el 15,1% en la urbana.
- El 13,8% de las mujeres jóvenes entre 13 a 19 años ha estado alguna vez embarazada.

### Anticoncepción

- El 80,9% de las mujeres y el 82,7% de los hombres entre 13 y 49 años en unión usan algún método anticonceptivo.
- El 34,9% de las mujeres en el país se ha realizado la esterilización: el 36,2% en zona urbana y el 31,1% en la rural.

- El 5,0% de los hombres se ha realizado la esterilización: el 6,1% en zona urbana, y el 9,0% en rural.
- Los métodos anticonceptivos que más usan las mujeres en el país son el dispositivo intrauterino - DIU (9,1%), condón masculino (5,8%), implantes (5,4%), inyección trimestral (5,1%).
- Los métodos que más usan los hombres son: inyección mensual (10,0%), condón masculino (8,7%), píldora (7,3%) e implantes (6,2%).

#### **Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo**

- El 31,1% de las mujeres de 20 a 24 años tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. De ellas, el 32,9% de los casos se dio en zona urbana y el 33,5% en rural.
- El 16,3% de los hombres de 20 a 24 años tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. De ellos, el 14,1% en zona urbana y el 23,5% en rural.
- El 39,6% de las mujeres entre 20 a 24 años tuvo su primera unión antes de los 20 años. El porcentaje más alto se dio en zona rural (58,3%) frente a la urbana (34,3%).
- El 15,6% de los hombres de 20 a 24 años tuvo su primera unión antes de los 20 años. El 13,1% de los casos se dio en zona urbana y el 23,1% en rural.

#### **Preferencias de fecundidad**

- El promedio ideal de hijos para mujeres entre 13 a 49 años es de 2,2 y para hombres 2,1.
- El 6,7% de las mujeres de 15 a 49 años tiene necesidad insatisfecha frente al uso de métodos anticonceptivos, con un mayor porcentaje en zona rural (8,8%) frente a la urbana (6,0%).

#### **Salud materna**

- El 97,5% de las mujeres de 13 a 49 años recibió atención prenatal por parte de un médico(a) o enfermera(o): en zona urbana 98,9% y en rural 93,7%.
- El 95,9% de las mujeres de 13 a 49 años recibió atención por parte de un(a) médico(a) o enfermera(o) durante el parto: en zona urbana 99,0% y en rural 88,1%.
- El 99,4% de las mujeres de 13 a 49 años recibió control postnatal por parte de un médico(a) o enfermera(o).

#### **Detección temprana de cáncer**

- El 94,7% de las mujeres colombianas de 21 a 69 años se ha realizado la citología.
- El 71,8% de las mujeres del país entre 21 a 69 años se ha realizado el autoexamen de seno: 75,1% en la zona urbana y 57,8% en rural.
- El 48,4% de las mujeres de 21 a 69 años se ha realizado el examen clínico de seno (51,1% en la zona urbana y 35,2% en rural).
- El 48,2% de las mujeres de 40 a 69 años se ha hecho la mamografía.
- El 34,7% de los hombres de 50 a 69 años se ha practicado el examen de tacto rectal. De ellos, el 39,5% en zona urbana y el 19,5% en rural.
- El 44,7% de los hombres de 50 a 69 años se ha realizado el examen de antígeno prostático (51,3% en zona urbana y 23,7% en rural).

#### **VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)**

- El 50,9% de las mujeres entre 13 a 49 años se realizó la prueba de VIH/SIDA (el 52,9% en zona urbana y el 43,5% en rural).
- El 30,2% de los hombres entre 13 a 49 años se realizó la prueba de VIH/SIDA (el 34,6% en zona urbana y el 16,4% en rural).
- El 22,1% de las mujeres de 13 a 49 años acepta a las personas con VIH/SIDA.
- El 21% de los hombres de 13 a 49 años acepta a las personas con VIH/SIDA.

- El 37,1% de las mujeres y el 33,7% de los hombres entre 13 a 49 años del país tienen conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA.
- El 48,2% de las mujeres y el 44,8% de los hombres de 13 a 49 años saben que el VIH/SIDA puede transmitirse a través de la lactancia materna.
- El 42,6% de las mujeres y el 35,8% de los hombres entre 13 a 49 años reportaron conocer dos o más síntomas de las ITS en las mujeres.
- El 37,9% de las mujeres y el 42,0% de los hombres entre 13 a 49 años reportaron conocer dos o más síntomas de las ITS en los hombres.

### **Violencia de género**

- El 23,9% de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas ha sido víctima de intimidación por parte de la pareja. Esta situación se presenta en porcentajes similares en la zona urbana (23,8%) y la rural (24,0%).
- El 19,8% de los hombres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidos ha sufrido de intimidación por parte de la pareja (20,2% en zona urbana y 18,7% en rural).
- El 39,0% de las mujeres y el 35,7% de los hombres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidos(as) han sufrido subvaloración por parte de la pareja.
- El 57,9% de las mujeres y el 72,5% de los hombres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidos(as) han sufrido de acciones de control por parte de la pareja.
- El 31,9% de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas ha sido víctima de violencia física por parte de la pareja (32,7% en zona urbana y 29,2% en rural).
- El 22,4% de los hombres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidos ha sufrido de violencia física por parte de la pareja (23,4% en zona urbana y 16,2% en rural).
- El 31,1% de las mujeres y el 25,2% de los hombres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidos(as) han sufrido de violencia económica y patrimonial por parte de la pareja.
- El 7,6% de las mujeres de 13 a 49 alguna vez o actualmente unidas ha sufrido de violencia sexual por parte de la pareja.
- El 1,1% de los hombres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidos ha sufrido de violencia sexual por parte de la pareja.

### **Roles de género**

- El 10,4% de las mujeres de 13 a 49 años se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad, frente al 1,4% de los hombres en el mismo rango de edad

### **Actitudes frente a la población LGBT**

- El 67,2% de las mujeres y el 58,8% de los hombres de 13 a 49 años aprueban que se reconozcan los derechos a las parejas del mismo sexo.
- El 29,7% de las mujeres de 13 a 49 años está de acuerdo con que las parejas homosexuales adopten niños(as).
- El 26,2% de los hombres de 13 a 49 años está de acuerdo con que las parejas homosexuales adopten niños(as).

### **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**

- El 56,1% de las mujeres y el 46,1% de los hombres de 13 a 49 años saben que la IVE es legal en algunos casos.
- El 60,4% de las mujeres de 13 a 49 años de zona urbana sabe que la IVE es legal en algunos casos, frente al 4% en zona rural.
- El 51,6% de los hombres de 13 a 49 años de zona urbana sabe que la IVE es legal en algunos casos, frente al 33,0% en zona rural.



### Educación integral de la sexualidad

- El 11,2% de las mujeres y el 10,9% de los hombres de 13 a 49 años han accedido a un promedio de temas sobre sexualidad.
- El 88,2% de las mujeres y el 86,4% de los hombres de 13 a 49 años opinan que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas.
- El 85,3% de las mujeres y el 80,7% de los hombres de 13 a 59 años afirman que la educación sobre sexualidad les ha servido para desarrollar habilidades en la toma de decisiones.
- El 76,9% de las mujeres y el 68,8% de los hombres afirman que la información sobre sexualidad les ha servido mucho para saber solicitar ayuda o exigir sus derechos.

### Impuestos saludables

Los gravámenes a productos de interés en salud pública han sido una medida popular que los estados vienen usando desde hace siglos. Durante décadas, productos como las bebidas alcohólicas, el tabaco y recientemente las bebidas azucaradas han sido sometidos a tributación en la mayoría de los países. Además de ser consideradas como una fuente de ingresos fiscales, estas medidas buscan crear consciencia en la población sobre los potenciales daños para la salud derivados del consumo excesivo de este tipo de productos.

En primer lugar hay que mencionar al **tabaco** que es uno de los principales factores de riesgo asociado a las enfermedades crónicas no transmisibles. El tabaco mata en promedio a la mitad de los que lo consumen. Acaba la vida de más de 7 millones de personas cada año en el mundo; 65% de estos fallecimientos ocurren en países en vía de desarrollo. Cuesta a los hogares y gobiernos más de US\$1,4 billones en gastos sanitarios y pérdidas de productividad. Adicionalmente, los residuos de tabaco contienen más de 7 mil sustancias químicas tóxicas que envenenan el medio ambiente, algunas de ellas cancerígenas para el ser humano. Podría provocar en el siglo 21 hasta mil millones de muertes (en todo el planeta). En el humo se también liberan gases de efecto invernadero y los residuos de los productos de tabaco son el tipo de basura más numeroso. Cerca de 10 mil millones de los 15 mil millones de cigarrillos vendidos diariamente en el mundo se desechan al medio ambiente. Las colillas de cigarrillo representan entre el 30% y el 40% de los objetos recogidos en las actividades de limpieza costera y urbana.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud-OMS considera al tabaco como una amenaza para todos. El tabaquismo constituye además una causa importante de disparidades en salud entre ricos y pobres. Agrava la pobreza, reduce la productividad económica, afecta negativamente a la elección de los alimentos que se consumen en los hogares y contamina el aire de interiores. El gasto en cigarrillos va en contravía del objetivo No.2 “Hambre Cero” y el No. 10, “Reducción de las Desigualdades” de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Es así como todos los países se han comprometido a cumplir con esta agenda, cuyos objetivos son fortalecer la paz y erradicar la pobreza en el mundo. Dos de sus medidas esenciales son aplicar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y –para 2030– reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, incluidas las cardiopatías, las neumopatías, el cáncer y la diabetes, de las que el tabaco es un factor de riesgo. Por su parte, en Colombia mueren más de 20 mil

personas cada año por enfermedades asociadas al tabaco; alrededor de 72 al día. Esto significa entre el 10% y el 15% de las muertes anuales que ocurren en el país.

De acuerdo con la OMS (2015), el aumento de los impuestos al tabaco a más del 75% del precio de venta es la medida más efectiva para controlar la epidemia, especialmente entre los más jóvenes y los más pobres. Pese a la evidencia disponible, en Colombia el impuesto al tabaco equivale a un 49,4% del precio de referencia promedio. La carga, relativamente baja, de los impuestos sobre estos productos explica el bajo precio de los cigarrillos en el país.

Por su parte, el Banco Mundial ha reiterado que aplicar impuestos más altos a los productos del tabaco reduce el consumo y mejora la salud pública a la vez que se incrementan los ingresos del gobierno que pueden ser utilizados para fondar inversiones prioritarias y programas que beneficien a la totalidad de la población.

Según se expone en el trabajo publicado por el MSPS en 2016 “Impuestos al Tabaco”<sup>6</sup>, la tributación al mismo “es considerada como una medida excepcionalmente efectiva para reducir los efectos negativos generados por el consumo del tabaco. Es así como, con base en razones de salud pública y teniendo en cuenta los compromisos que ha adquirido Colombia como Estado Parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, el Ministerio propuso un incremento en el precio final del tabaco, a partir de un incremento en la tarifa del impuesto al consumo. Adicionalmente, se propuso actualizar la tarifa anualmente en un porcentaje equivalente al del crecimiento del IPC más un incremento adicional que intentar alcanzar el precio promedio que se registra en la región.

Con ello, se estima que en Colombia el impuesto al cigarrillo contribuiría a disminuir la proporción de fumadores de 12,9% (en la actualidad) a cerca del 11% en 2018 así como el porcentaje de muertes atribuibles al tabaquismo. Lo anterior, también pospondría la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes en Colombia por encima de 14 años y aportaría a la “mega meta” del sector salud para 2018 de reducir en 8% la tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles. La medida puede ahorrarle a este país alrededor de \$5 billones en costos del servicio de salud en una generación (unos 20 años) y salvaría 500 mil vidas en ese lapso de tiempo. Cerca de 790 mil colombianos mayores de 15 años dejarían de fumar y un valor cercano a los 390 mil colombianos menores de 15 años que iban a fumar ya no van a hacerlo.

Con la Ley 1819 de 2016 (reforma tributaria), se contempla una tarifa de \$1.400 para las cajetillas de 20 cigarrillos (o proporcional a su contenido) para 2017 y se recaudarían cerca de \$250 mil millones (adicionales a los impuestos que ya se recaudaban para la salud por este concepto). En 2018, cuando la tarifa suba a \$2.100, el recaudo sería de aproximadamente \$500 mil millones. A partir de 2019 se ajustará en función del aumento del Índice de Precios al Consumidor (IPC), más 4 puntos porcentuales.

---

<sup>6</sup> RODRÍGUEZ, A. et Al. Impuestos al Tabaco (documento de trabajo No. 1). En: Papeles en Salud: Pensemos la salud. Evidencia, análisis y decisión. ISSN: 2500-8366 (en línea). Bogotá, D.C., Junio de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-en-salud-1-2016-impuestos-tabaco.pdf>

A lo anterior, se suman \$1,3 billones provenientes del medio punto del llamado **IVA Social** (aumento de los tres puntos porcentuales en la tarifa general de este impuesto) aprobado igualmente en la reforma tributaria, que se destinarán para el aseguramiento en salud, particularmente para la ampliación de la cobertura en el régimen subsidiado y el pago por servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud en el régimen contributivo. Por otra parte, la reforma tributaria mantuvo la exención del IVA para algunos medicamentos en el Plan de Beneficios en Salud. Por otra parte, está la modificación al impuesto a los **licores** que generaría entre \$70 mil y \$140 mil millones adicionales para salud.

Por otra parte, en 2016, el MSPS también planteó sus argumentos a favor de un **impuesto a las bebidas azucaradas** como una medida necesaria de salud pública para Colombia<sup>7</sup>. Según lo planteado por el MSPS, “el mundo está experimentando un aumento en las prevalencias de obesidad y sobrepeso, y Colombia no es ajena a la desafortunada tendencia. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) de 2005 y 2010, entre estos años el porcentaje de personas con exceso de peso aumentó en promedio 10% (...)”. Este incremento ha sido importante en niños entre 5 y 17 años, cuya prevalencia de exceso de peso aumentó en 26%.

La evidencia ha demostrado que los estilos de vida no saludables –dentro de los que se encuentra la alimentación no saludable– son determinantes del exceso de peso. Uno de los productos que por su composición nutricional provocan el aumento de peso es el grupo de las llamadas bebidas azucaradas. Estas bebidas se encuentran entre los productos que por su composición nutricional y por su contenido de azúcar adicionado (el cual no es un nutriente) causan exceso de peso. Son fuente de calorías “vacías” (calorías que no generan saciedad) y no aportan nutrientes. Adicionalmente, estas bebidas aportan sodio, cuyo consumo se relaciona con una mayor probabilidad de hipertensión arterial. El consumo de estas bebidas en los jóvenes en Latinoamérica es uno de los más altos del mundo. Colombia no es una excepción a esta situación: de acuerdo con la ENSIN de 2010, el 81,2% de los colombianos consume gaseosas o refrescos frecuentemente. Así mismo, las bebidas azucaradas son causantes del 13% de la mortalidad por diabetes, el 5% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y el 1% de la mortalidad por neoplasias asociadas.

Muchas de estas patologías pueden ser prevenibles mediante cambios de comportamiento enfocados hacia estilos de vida saludables, entre los que se encuentra la alimentación saludable. Prevenir el aumento de personas con exceso de peso es fundamental como medida de salud pública ya que este es un factor de riesgo de estas enfermedades no transmisibles (como diabetes, cáncer de endometrio, ovarios, mama y próstata, accidentes cerebrovasculares y cardiopatías). Muchas de estas patologías están entre las 10 principales causas de muerte en Colombia.

Por tanto, se considera necesario tomar una serie de medidas que integralmente permitan orientar el comportamiento de los consumidores hacia estilos de vida saludables. Una de las soluciones más importantes para incentivar la disminución del consumo de estos productos son los impuestos. Estas medidas permiten la reducción del consumo en corto plazo y generan ingresos que pueden ser

---

<sup>7</sup> Ver: CADENA, E. et Al. Impuesto a las bebidas azucaradas (documento de trabajo No. 5). En: Papeles en Salud: Pensemos la salud. Evidencia, análisis y decisión. ISSN: 2500-8366 (en línea). Bogotá, D.C., Octubre de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n5.pdf>

utilizados en programas de prevención complementarios. Es importante mencionar que esta es una parte de las medidas que el MSPS ha orientado para reducción del exceso de peso. Entre las medidas ya implementadas se tienen la Estrategia 4x4, los lineamientos para la promoción de frutas y verduras, la preparación para la reglamentación del etiquetado, las tiendas escolares y la promoción de la actividad física en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y sus respectivas rutas.

En Colombia, un impuesto del 20% lograría una reducción de aproximadamente el 20% del consumo de estas bebidas anualmente, de acuerdo con lo sugerido por la OMS y expertos. Sin impuesto, en el 2020 Colombia tendría alrededor de 90 mil casos de diabetes mellitus asociada a bebidas azucaradas. Con el impuesto este número se reduciría a 72 mil casos y la mortalidad se reduciría en cerca de 700 personas al año. También hay que tener en cuenta que aproximadamente \$25 billones anuales de los recursos en salud se dirigen a enfermedades prevenibles. Estrictamente, el gasto por diabetes atribuible a bebidas azucaradas fue de unos \$740.000 millones en 2013. Si no se toman medidas para reducir el consumo, este gasto sería cercano a \$1,1 billones en 2020. Solo con el impuesto se lograría un ahorro de \$220.000 millones.

El consumo más alto de estas bebidas se da en los quintiles de menor ingreso. Por lo tanto, el mayor impacto del impuesto se esperaría en estos niveles. Esto indica una progresividad del efecto en salud, ya que son estas poblaciones las que mejoran en el futuro sus resultados en salud, además de aumentar su protección financiera respecto a las patologías asociadas. También hay que tener en cuenta que los sustitutos de este tipo de bebidas son de fácil acceso. Los deseables en este caso son agua mineral, agua carbonatada, jugos sin azúcar y leche.

La evidencia en los países donde aplicó la medida de tributación a las bebidas azucaradas muestra que con el impuesto el precio aumenta, el consumo de estas bebidas disminuye y hay sustitución hacia productos no gravados, como el agua. Es así como la medida ha sido aplicada en Finlandia, Hungría, Francia, México, Dinamarca y algunas islas del Pacífico. Chile y Reino Unido recientemente implementaron este impuesto.

No obstante los argumentos expuestos, la propuesta específica sobre gravar las bebidas azucaradas no logró su aprobación en el marco del respectivo trámite de ley. No obstante, el MSPS está dispuesto a continuar con este debate en pro de la salud de los habitantes de Colombia.

## IV. Acciones para mejorar la calidad y el acceso a los servicios

### Guías de práctica clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son herramientas de gestión del conocimiento que orienta y apoya a los agentes del sistema en la toma de decisiones tanto a nivel administrativo como asistencial. Durante el 2016, este Ministerio, con la coordinación y apoyo en momentos claves del proceso de la Oficina de Calidad publicó un total de 16 nuevas GPC que abordan temas en:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes, obesidad, falla cardíaca, accidente cerebro-vascular isquémico agudo.
- Enfermedades que afectan salud visual. Defecto refractivo y ambliopía.
- Enfermedades oncológicas.
- Cáncer de pulmón, cáncer de cuello uterino.
- Enfermedades infecciosas.
- Hepatitis B y C.
- Medicina Física y Rehabilitación.
- Manejo de personas con amputación de miembro inferior y prescripción de prótesis.

De esta manera, Colombia alcanza un total de 60 GPC publicadas en el portal [gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co). Estas nuevas GPC fueron presentadas a los actores, en octubre, en un evento que también tuvo por objeto dar a conocer metodologías en adaptación de GPC e implementación, que apoyen a los prestadores en su proceso institucional de disponer GPC para condiciones priorizadas y llevar sus recomendaciones al quehacer de la práctica clínica.

Por otra parte, se avanza en el proceso de adaptación de nuevas GPC disponibles internacionalmente en temas como cuidado paliativo, enfermedad renal crónica, uso de componentes sanguíneos, entre otras.

Entendiendo que la disposición de GPC demanda esfuerzos adicionales que apoyen a los profesionales en el conocimiento y apropiación de las recomendaciones, se dispuso nuevas herramientas, las cuales utilizan tecnología creada en la NASA (Guidevue) que busca reducir los tiempos de entrenamiento, así como simplificar su uso y facilitar la medición de usabilidad de las recomendaciones. Además brinda cobertura a nivel nacional al estar disponibles en internet y a través de dispositivos móviles. Con esta tecnología se han abordado 44 de las temáticas ya publicadas entre 2013 y 2015.

### Sistema de Información para la Calidad–SIC

Se inició el proceso de implementación del nuevo Sistema de Información para la Calidad (SIC), el cual se materializó mediante la Resolución 256 de 2016. Para lo anterior fue necesario realizar, en este periodo, todo el proceso de asistencia técnica tanto a las Direcciones Territoriales en Salud y

Entidades Promotoras de Salud (EPS) de todo el país, para apoyar la implementación de este nuevo SIC.

Se creó el ambiente digital necesario para el reporte de los datos de este sistema y su subsecuente incorporación en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). El primer reporte se realizó en julio de 2016, reportando 6.618 sedes de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y 72 Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

El SIC no se actualizaba desde 2006 y la presente versión supone un cambio sustancial en su estructura y composición. Rompe paradigmas del monitoreo en calidad y crea unos nuevos en función de los objetivos de una visión sistémica de la calidad e información más precisa, dado que se incorporaron indicadores para cada uno de los agentes que guardan una coherencia lineal entre sí, lo que en la práctica estimula la gestión del riesgo en salud de forma coordinada.

Adicionalmente, se introdujo por primera vez en el SIC el reporte directo de las bases de datos en lo concerniente a oportunidad de la atención (tiempos de espera) y autorizaciones administrativas, lo que permite un mayor poder de control sobre esa información y datos más veraces.

El gobierno colombiano recibió de ISQua (máximo organismo acreditador en salud en el mundo) la certificación de sus manuales de acreditación de servicios hospitalarios y ambulatorios, constituyéndonos en el segundo país latinoamericano que cuenta con esta reconocimiento, lo cual eleva la exigencia técnica del Sistema de Único de Acreditación del país y lo posiciona a la vanguardia en esta materia en la región.

## Obras en salud

El MSPS asignó 71 mil millones de pesos para infraestructura y dotación en 2016. La inversión se verá reflejada en proyectos y equipos médicos en 26 departamentos.

Los programas de fortalecimiento de Minsalud entregaron recursos asignados por el Gobierno para contribuir al mejor desempeño de los servicios prehospitalarios y hospitalarios del país. Estos programas se llevan a cabo para mejorar los componentes de dotación de equipos médicos, transporte, comunicaciones e infraestructura de la red hospitalaria pública.

En 2016, los departamentos que más recursos recibieron fueron Quindío, Cauca y Bolívar, cada uno con asignaciones superiores a 8 mil millones de pesos. Las mayores cuantías, representadas en más de 34 mil millones de pesos, fueron asignadas a 11 proyectos de infraestructura, que incluyen, entre otros, la construcción de nuevos hospitales en Circasia (Quindío), Turbaco (Bolívar) y Santander de Quilichao (Cauca).

El nuevo hospital del municipio caucano –ESE Francisco de Paula Santander– es una de las obras de mayor valor en el contexto del posconflicto. El Gobierno aportó más de \$8.600 millones para su construcción, casi una cuarta parte del valor total. El hospital beneficiará a 400 mil habitantes del



norte del Cauca y permitirá mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de mediana complejidad en una región que fue duramente azotada por el conflicto armado.

Por otra parte, más de \$11.400 millones fueron destinados a 17 proyectos de dotación de equipos médicos. El Hospital Universitario Fernando Troconis (Santa Marta, Magdalena), la Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, el Hospital Emiro Quintero Cañizares (Ocaña, Norte de Santander) y la ESE Sor Teresa Adele (El Doncello, Caquetá) recibieron recursos por encima de los mil millones cada uno.

El giro de estos recursos tendrá también un impacto significativo en la mejora del transporte asistencial de los hospitales del país. El Ministerio de Salud asignó más de 11 mil millones de pesos para cofinanciar 123 ambulancias en 106 municipios de 19 departamentos o distritos. Bolívar (25 ambulancias), Cesar (21), Antioquia (14), Santander (11) y Huila (10) son los departamentos con mayores asignaciones para estos vehículos. La inversión incluye tres ambulancias fluviales para Chocó (de un total de cuatro) y una marítima para Buenaventura.

En las asignaciones también se cuentan más de \$5.600 millones para 33 unidades odontológicas – mayoritariamente para Risaralda (7), Valle del Cauca (6) y Santander (5) – y mil millones de pesos para 11 proyectos de fortalecimiento de centros reguladores de urgencias, y adquisición de plantas eléctricas y vehículos extramurales, entre otros.

### Becas crédito

Para el 2017 se mantiene la voluntad del gobierno de aumentar en, al menos, 1.200 los cupos de becas crédito. Ya se cuenta con recursos garantizados para financiar a los residentes de años anteriores, es decir unos 4.300 cupos y se están gestionando otros recursos para la ampliación de los 1.200 nuevos beneficiarios.

Se cuenta con 31 mil millones de pesos del MSPS y 9 mil millones del Ministerio de Educación. Para lograr los nuevos cupos, se esperan lograr recursos del el Fondo de Investigación en Salud (FIS) de Colciencias por cerca de 20 mil millones de pesos. La ley de presupuesto dice que parte de los recursos de este Fondo puede ir para las becas crédito, hasta en un 40% del valor apropiado para el fondo (hasta 24 mil millones de pesos). Se requieren alrededor de 20 mil millones. Por lo anterior, se está en un proceso de negociación con Colciencias con el fin de asegurar el monto para garantizar recursos suficientes hasta el 2018. Para el 2016, por su parte, debido a que fue un año bien complicado en materia fiscal, sólo se lograron obtener recursos para ofrecer 990 becas nuevas, de las cuales 957 ya tienen beneficiarios.

Es importante tener en cuenta que en el marco de la Ley 1174 de 2007, las becas tienen unas restricciones por recursos presupuestales, por lo que se optimizan para las especializaciones que más se necesitan en el país como ginecología, pediatría, medicina interna, cirugía general, medicina familiar, psiquiatría y anestesiología.

## V. Soluciones para la recuperación financiera del sistema

### Ajustes normativos al SGSSS: Ley 1797 de 2016

La Ley 1797 de 2016 tiene por objeto fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del SGSSS. A continuación, se exponen los principales aspectos de la ley:

**Rentas Cedidas.** La Ley 1797 le permite a los departamentos y distritos utilizar los excedentes de rentas cedidas, que provienen de las loterías, juegos y licores, para pagar los servicios no POS del régimen subsidiado.

**Regalías.** La ley permite el uso de los recursos de las regalías para aliviar la situación financiera de las EPS en las que tiene participación la entidad territorial; para pagar deudas del régimen subsidiado por contratos suscritos antes del 31 de marzo de 2011 o para pagar servicios no POS en el subsidiado.

**Saneamiento de pasivos.** La Ley 1797 obliga a todos los actores del sistema depurar y conciliar permanentemente sus cuentas, ya que actualmente las cifras de los acreedores y deudores muchas veces no coinciden.

**Liquidez para el sistema de salud.** Para lograr la liquidez del sistema, la ley plantea como alternativas financieras:

- Otorgar a la EPS líneas de crédito blandas con tasa de compensación
- Saneamiento directo de pasivos de las Empresas Sociales del Estado
- Ampliar la estrategia de compra de cartera
- Otorgar líneas de crédito blandas con tasa de compensación a los prestadores de salud, independientemente de su naturaleza jurídica.

Una de las medidas que más beneficios traerán a los prestadores es la modificación de la prelación de pagos en procesos de liquidación, las deudas reconocidas con IPS pasan del quinto al segundo lugar. Igualmente la ley permite condonar deudas del régimen subsidiado que los municipios más pobres tengan con el FOSYGA.

**Giro Directo.** Se simplifica el trámite de pago de recursos para proveedores, al permitir que el MSPS gire recursos directamente a proveedores del régimen subsidiado, reduciendo los procesos en la cadena de pago (FOSYGA, EPS, IPS, proveedores de medicamentos).

**Elección de gerentes ESE.** De ahora en adelante será el Presidente, los alcaldes y gobernadores quienes elijan a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, eliminando la selección mediante

concurso de méritos realizada por las universidades. Lo que se busca con esta medida es una mayor articulación entre los gobiernos locales y los gerentes, así como una mejor rendición de cuentas de los gobernantes en el tema de salud. La elección se hará en los tres (3) meses siguientes a la posesión del mandatario, con un periodo de cuatro (4) años. Esta ley no aplica para los gerentes que hasta el momento han sido elegidos a través del mecanismo de meritocracia.

**Nuevas facultades a la Superintendencia Nacional de Salud.** La Ley 1797 dota a la Superintendencia Nacional de Salud de nuevas herramientas, entre las que se encuentra fortalecer nuevos canales de comunicación con la ciudadanía para recibir y resolver las quejas y reclamos. Además, le permite prohibir la venta de activos de EPS que tengan medidas especiales, con el fin de evitar que las entidades con problemas financieros vendan sus activos para eludir el pago a sus acreedores.

### Liquidación de CAPRECOM

El 28 diciembre de 2015 el Gobierno Nacional emitió el Decreto 2915 que ordenaba la liquidación de la EPS CAPRECOM y el traslado de sus afiliados a otras EPS. En este decreto se estableció un plazo de doce (12) meses para finalizar el proceso de liquidación. Un mes después de la fecha programada inicialmente el equipo encargado para la tarea había terminado su proceso de calificación de acreencias y de liquidación de la empresa, lo que se constituye en un destacado logro en la historia de las liquidaciones oficiales del país. No sobra señalar que el mes adicional a lo programado fue en razón a realizar una incorporación presupuestal de recursos de la vigencia 2017.

En un principio se llegó a hablar de deudas por 4,7 billones de pesos y 6.334 acreedores, pero fueron depuradas con la revisión factura a factura (fueron 4,5 millones y medio de documentos de este tipo) hasta quedar en 747 mil millones reconocidos. En la apelación los reclamantes lograron subir el reconocimiento a \$1.568.000 millones.

Los recursos provienen de la venta de activos y de hasta 500 mil millones que, a través de la Ley 1771 del 2015, el Gobierno determinó que se apropiaran para facilitar la solución de uno de los problemas más grandes que afectaron al sistema de salud en el país. Recientemente, se expidió el Decreto 141 de 2017, en el cual determina la emisión de títulos de tesorería (TES) por ese último valor mencionado. Son títulos de largo plazo muy apetecidos en el mercado, que en el momento en que se negocien van a dar una cifra superior.

La FIDUPREVISORA pasará a negociarlos en su mesa de dinero. Otro paso importante fue la culminación del envío de información de la DIAN sobre los acreedores aceptados que tengan saldos pendientes por impuestos, pues estos se descontaron de las deudas reconocidas. De manera que la entrega efectiva se realiza hasta febrero de 2017. El equipo liquidador recibió de CAPRECOM treinta y nueve (39) inmuebles valorados en \$76.476 millones y otros bienes (entre ellos clínicas) por \$166.350 millones que se vendieron en subasta pública. En total por ese concepto fueron \$242.800 millones. No obstante, \$183.000 millones fueron al FOSYGA, que tenía una prelación sobre los demás acreedores. Tanto los bienes que faltan por vender, como lo que se recupere de los títulos

judiciales (estos surgen de embargos a la entidad) por 23 mil millones pasarán a la FIDUPREVISORA para ser entregados a los acreedores.

La norma ordena que se paguen primero las acreencias laborales (130 reclamaciones por \$7.261 millones reconocidos). Luego irían las 1.568 IPS por 1 billón 259 mil millones. Así las cosas, las clínicas y hospitales serían las mayores beneficiadas con la liquidación, pues recibirían más de medio billón de pesos.

Además, se resalta la aplicación de un plan consensuado para la salida de los empleados de CAPRECOM y los ahorros que se tuvieron en la liquidación. Se presupuestaba que costaría 272 mil millones y terminó en 167 mil millones, incluyendo 64 mil millones del plan de retiro voluntario y 11 mil millones por órdenes de prestación de servicios que no se habían pagado. También se encontraron contratos de prestación de servicios sin liquidar por los años 2013 a 2015 que originaron un pasivo superior a 43 mil millones.

### Liquidación de SALUDCOOP y venta CAFESALUD.

El proceso de depuración del SGSSS ha sido difícil –una verdadera revolución silenciosa– donde el país está entrando en una nueva era de su sistema de salud. Se está tratando de salir de una crisis financiera expresada en un defecto patrimonial de las EPS de cerca de \$6 billones. La depuración ha incluido no solo a la liquidación de las EPS CAPRECOM y SALUDCOOP, sino también a SALUDCONDOR, SELVASALUD, SOLSALUD, HUMANAVIVIR y GOLDENGROUP, hace unos años atrás. Sin embargo, CAPRECOM y SALUDCOOP constituían la mayor porción de los desbarajustes financieros y de atención en el sistema de salud.

El 86% de CAFESALUD pertenece al grupo SALUDCOOP y representa el mayor activo de esta entidad en liquidación. Ante la liquidación de SALUDCOOP, sus afiliados fueron trasladados a CAFESALUD, con lo que esta EPS posee el mayor número de afiliados en el país con 4,7 millones en el régimen contributivo y más de 1 millón en el subsidiado. EPS Cafesalud maneja contratos con cerca de 1.800 IPS y sus ingresos anuales se han tasado en 4 billones de pesos por concepto de la UPC.

Por otra parte, la situación financiera que presentaba CAFESALUD antes del traslado de los afiliados fue aliviada mediante una operación de bonos opcionalmente convertibles en acciones (BOCAS). Es decir, el FOSYGA dispuso de unos recursos para que la EPS pagara sus deudas y pudiera comenzar con una situación financiera sostenible. Fue una operación inédita y compleja, que requirió de varios actos administrativos, pero que hizo posible que CAFESALUD recibiera \$200.000 millones y cumpliera con los requisitos de capital mínimo y patrimonio adecuado, tal como lo establece el Decreto 2702 de 2014. Gracias a esta operación, buena parte de las deudas fueron pagadas y los afiliados de SALUDCOOP pudieron ser trasladados.

No obstante, sin la liquidación de SALUDCOOP y la venta de CAFESALUD no era posible una recuperación financiera ni la solución para los problemas de atención en salud. Dentro de sus dominios está una amplia red de hospitales y clínicas (ESIMED), presentes a lo largo del país. Su

venta servirá para cubrir la mayor parte de las deudas de la EPS. No obstante hay que tener en cuenta que durante todo el proceso ya se han pagado billonarias deudas pendientes, una vez han sido debidamente auditadas y depuradas.

La escogencia de la mejor propuesta para comprar CAFESALUD ha considerado dos criterios: Uno técnico, en el que se analiza la experiencia y la capacidad del oferente para prestar servicios de salud, y otro financiero, en el que se tiene en cuenta el monto ofrecido por los activos y que supera el del avalúo realizado por terceras firmas. Es así como la empresa compradora contará con solidez económica, un patrimonio mínimo de 500 mil millones e idoneidad para sacar adelante la entidad. El nuevo dueño tendrá la experiencia suficiente en atención, además de tener como principal objetivo el buen servicio de salud.

El cronograma de venta de esta EPS concluye en 2017, con un período de transición que se completará hacia el mes de agosto cuando CAFESALUD pase definitivamente a manos de sus nuevos dueños.

### Plan de salvamento de SaviaSalud: Estrategia para alcanzar el equilibrio financiero

Son dos los problemas identificados en la EPS mixta SAVIA SALUD. El primero son las deudas acumuladas que tiene SAVIA con la red de hospitales públicos y privados de Antioquia, que ascienden a casi 400 mil millones de pesos. El segundo es el déficit corriente en la operación: ingresan recursos derivados de la unidad de pago por capitación y mensualmente los costos superan esos recursos.

Para sortear la primera situación, el MSPS diseñó un plan de salvamento que consiste en una estrategia de capitalización 'todos ponen', en la que el Gobierno Nacional, la Alcaldía de Medellín, COMFAMA, la Gobernación, y otros nuevos socios que llegarán, aportan recursos cercanos a los 150 mil millones de pesos. El compromiso del Gobierno es que utilizando la figura de los Bonos convertible en Acciones (BOCAS) se aportarán 60 mil millones durante el presente año y luego otros 40 mil millones en las siguientes vigencias para un total de 100 mil millones.

La Asamblea de SAVIA SALUD radicó el acta de aprobación del plan de salvamento y se espera que en 2017 se estén desembolsando los recursos de los BOCAS.

A ese desembolso, se suman los que harán la Alcaldía de Medellín y COMFAMA por 5 mil millones y los de algunas IPS de la ciudad: IPS Universitaria (20 mil millones), Fundación San Vicente (15 mil millones) y el Hospital General (20 mil millones).

Con esos aportes se completa un panorama financiero para este año con un mayor margen de certidumbre que el existente en la actualidad. Queda pendiente resolver el problema del déficit corriente. El problema de SAVIA necesitará tiempo, pues es una crisis financiera que no se resolverá en un año, por eso el plan de salvamento es una estrategia dilatada en el tiempo para resolverse plenamente en 10 años.

El plan de salvamento tiene además un componente relacionado con la el modelo de atención y la gestión del riesgo de la población afiliada a la EPS que se pone en marcha a partir del 1° de febrero de 2017. Inicia con 200 mil usuarios que viven en la comuna nororiental de Medellín. Allí habrá cambios en el modelo de atención por la alta congestión que se estaba presentando en los servicios de atención. Se efectúa en compañía de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios: IPS Universitaria, Hospital San Vicente Fundación y el Hospital General. Cada una escogerá el modelo de atención que hará sobre los pacientes de SAVIA SALUD dependiendo de los sectores. El inicio se hace en la comuna nororiental porque se han diagnosticado enfermedades renales en este sector de la ciudad.

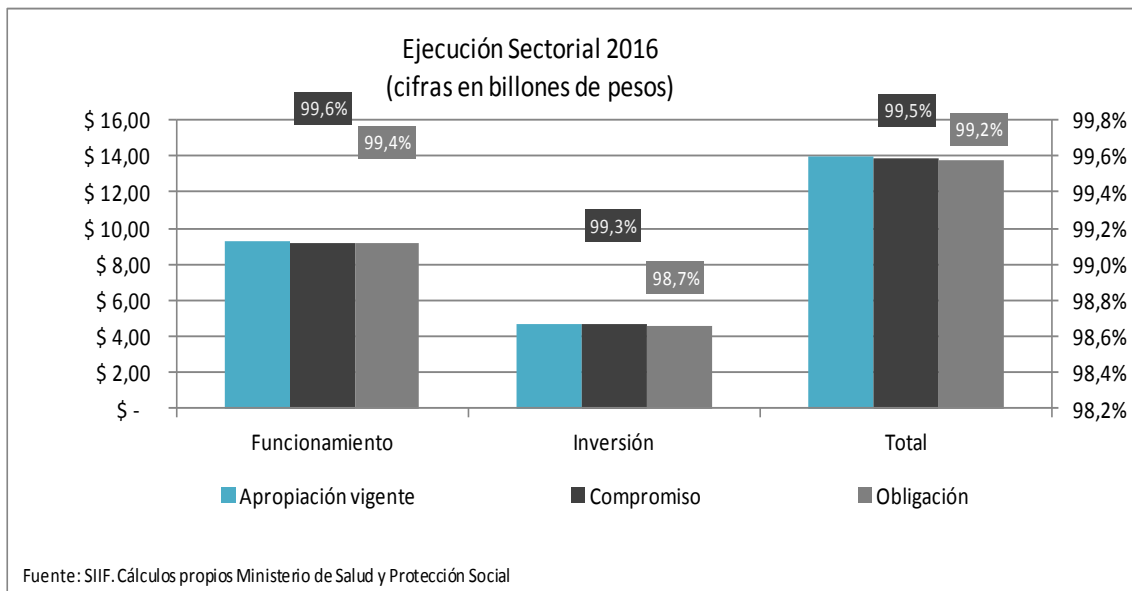


## VI. Sector Salud: ejemplo de buena gestión

### Ejecución presupuestal

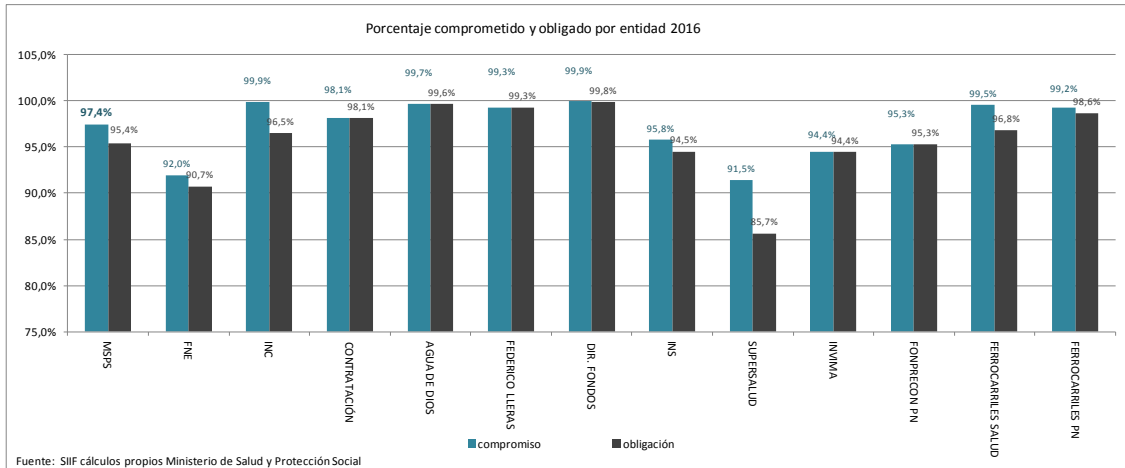
El sector salud fue reconocido como el **mejor** ejecutor de recursos apropiados a través del Presupuesto General de la Nación (PGN) para la vigencia fiscal 2016. Esta distinción es un logro de todos los que hacen parte de este sector y denota el compromiso, seriedad y responsabilidad con la que se planea, ejecuta y se hace seguimiento a los recursos asignados por la Nación para la salud.

Para el cierre de diciembre de 2016, de cada cien (\$100) pesos que fueron autorizados al sector, se ejecutaron (comprometieron) más de noventa y nueve pesos, con un porcentaje de ejecución del 99,5%.

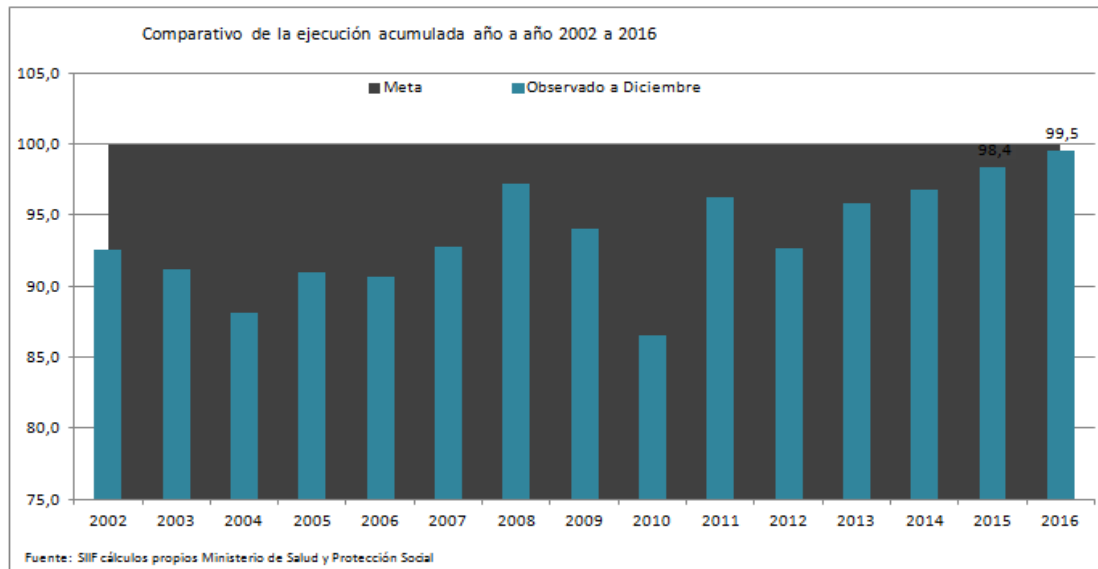


Se destacan, entre otros, la utilización de los recursos de la Nación empleados en la financiación del aseguramiento del régimen subsidiado, los correspondientes a las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) con destino diferente al aseguramiento (por ejemplo para la salud pública, la prestación de servicios en las regiones y el pago de los aportes patronales de los hospitales públicos), la inversión en los programas de vacunación y el pago de las becas crédito para médicos residentes que se encuentran estudiando una especialidad prioritaria para el país.

Según la entidad ejecutora se destacaron la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología y el Sanatorio Agua de Dios, con indicadores de ejecución del 99.9%, 99.9% y 99.7% %, respectivamente. Por su parte el Ministerio de Salud-Gestión General cerró con un indicador de 97.4%. Es el resultado más alto desde 2012.



El sector consolida así un importante avance en esta materia y que inició desde el año 2012 en el que la ejecución apenas superaba el 92,7%% de los recursos apropiados. Este hecho, además, genera el compromiso para que en la vigencia actual se mantenga como referente de buena gestión para el resto de sectores que componen el nivel nacional.



### Fenecimiento de la cuenta fiscal 2015 según la auditoría de la CGR realizada en 2016

Por primera vez desde su creación en 2011, la Contraloría General de la República (CGR) feneció la cuenta fiscal del Ministerio de Salud y Protección Social. En esta ocasión como producto de la auditoría que realizó, durante el año 2016, a la vigencia 2015.

### Certificación ISO 9001:2008, NTCGP1000:2009 del Minsalud

El equipo auditor de la entidad certificadora SGS, otorgó la certificación de la norma de Gestión de calidad ISO 9001-2001 y NTCGP 1000 al Ministerio de Salud basado en los resultados de la pre auditoría y auditoría efectuadas en los meses de Septiembre y Diciembre de 2016 gracias al estado de desarrollo y madurez demostrado por el sistema de calidad de la entidad. Lo anterior, teniendo en cuenta que el Minsalud ha establecido y mantenido su Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la normatividad vigente y ha demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.

⌘